

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARINA FINK

A APLICAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO COMO FUNDAMENTO DAS
DECISÕES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA EM RELAÇÃO A CONTRATOS
DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEGURO SAÚDE

Porto Alegre – RS

2021

Marina Fink

A APLICAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO COMO FUNDAMENTO DAS
DECISÕES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA EM RELAÇÃO A CONTRATOS
DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEGURO SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador(a): Prof. Dr. Gerson Luiz Carlos
Branco

Porto Alegre – RS

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Fink, Marina

A APLICAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO COMO
FUNDAMENTO DAS DECISÕES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE
JUSTIÇA EM RELAÇÃO A CONTRATOS DE PLANOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEGURO SAÚDE / Marina Fink. --
2021.

71 f.

Orientador: Gerson Luiz Carlos Branco.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Direito, Curso de Ciências Jurídicas e Sociais,
Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Plano de saúde. 2. Função social do contrato. 3.
Seguro saúde. I. Carlos Branco, Gerson Luiz, orient.
II. Título.

Marina Fink

A APLICAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO COMO FUNDAMENTO DAS
DECISÕES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA EM RELAÇÃO A CONTRATOS
DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEGURO SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 24 de novembro de 2021

Prof. Dr. Gerson Luiz Carlos Branco

Prof. Dr. Fabiano Menke

Prof. Dr. Luís Renato Ferreira da Silva

AGRADECIMENTOS

Inicio agradecendo à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Faculdade de Direito pela oportunidade de acesso ao ensino superior público e de qualidade. Estar nessa Universidade foi um sonho de adolescente que se concretizou na idade adulta.

Gostaria de agradecer, especialmente, ao meu orientador, Prof. Dr. Gerson Branco, pela sua disponibilidade, mesmo em período de férias, finais de semana e feriados esteve sempre pronto a me auxiliar no desenvolvimento do presente trabalho. Ressalto o apoio incondicional prestado, a maneira interessada, extraordinária e pertinente como acompanhou a evolução da pesquisa, sua atenção com a minha escrita e sua preciosa colaboração com a evolução. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram de extrema importância para o meu crescimento como pesquisadora. Imensamente grata por todo o apoio.

Aos professores da Faculdade de Direito, agradeço pelo encorajamento, paciência, correções, debates e ensinamentos que me permitiram alcançar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

Aos meus pais, Cláudio e Eronete, pelo carinho, ensinamentos, força nos mais variados momentos, por ficarem com meus filhos quando estes adoeciam, o que me permita não faltar às aulas presenciais. Ao meu marido, Sérgio, pelo apoio, amor e incentivo durante todo o processo, desde o vestibular até o fim da elaboração deste Trabalho.

Aos meus pequenos filhos, Martina e Homero, que nasceram durante a faculdade e que sempre entenderam as ausências, que brincaram aos meus pés enquanto eu pesquisava e que nunca deixaram de faltar com um beijo, um abraço e um carinho quando a mamãe mais necessitou.

As minhas amigas, Denise da Cas e Andreia Loguercio, pelo apoio, incentivo, pela busca por artigos e livros tão necessários, pelas trocas de confidências, pelo estudo conjunto, enfim, pela parceria em todos os momentos.

Um agradecimento muito especial a todos os meus amigos e familiares, irmã, irmão, cunhados e cunhadas, tias e tios, primos e primas que tanto ouviram sobre o Direito e sobre este trabalho.

"Em palavras outras, a circunstância do humano em nós é que nos confere uma dignidade primaz. Dignidade que o Direito reconhece como fator legitimante dele próprio e fundamento do Estado e da sociedade."

Carlos Ayres Brito

RESUMO

O Trabalho apresenta uma análise da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça em relação a dois pontos: (i) rescisão unilateral dos contratos por parte das operadoras de planos de assistência à saúde em contratos com empresas com menos de 30 beneficiários; e (ii) negativa de cobertura de tratamento quando estes são indicados pelo médico, mas não estão listados no Rol de Procedimentos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A pesquisa tem por objetivo analisar de que forma a Função Social do Contrato foi utilizada como fundamento nas decisões em relação a estes dois pontos. Para a realização do estudo foi utilizada a metodologia descritiva-indutiva. Observa-se que o STJ, em ambos os grupos de julgados, utiliza a função social do contrato para fundamentar as decisões. A Corte Superior afirma que a função social do contrato de plano de saúde é manter a vida e restabelecer a saúde. Sendo aplicada a função social dos contratos ora como diretriz hermenêutica para decidir em um sentido ou outro quando há dúvida, ora como instrumento de integração na interpretação dos contratos, e, ainda, atenuando o conteúdo de cláusulas contratuais por conta da disparidade de forças.

Palavras-chave: plano de saúde; função social do contrato; seguro saúde.

ABSTRACT

This study presents an analysis of Superior Court of Justice's jurisprudence with regard to two points: (i) unilateral termination of contracts by health care plan operators in contracts with companies with less than 30 beneficiaries; and (ii) denial of treatment coverage when these are indicated by the physician, but are not listed in the Health Procedures List of the National Supplementary Health Agency. The research aims to analyze how Social Function of the Contract was used as a basis for decisions regarding these two points. To carry out the study, the descriptive-inductive methodology was used. It is observed that the STJ, in both groups of decisions, uses the social function of the contract to support them. The Superior Court asserts that the social function of health care plan's contract is to maintain life and restore health. The social function of contracts being applied either as a hermeneutical guideline to decide in one direction or another when there is doubt, or as an instrument of integration in the interpretation of contracts, and also attenuating the contractual clauses's content due to the disparity of forces.

Keywords: health care plan; social function of the contract; health insurance.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANS - agência nacional de saúde suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATS - avaliação de tecnologias em saúde
CC - Código Civil Brasileiro
CDC - Código de Defesa do Consumidor
CF - Constituição Federal
CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde
CNS - Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
IN - Instrução Normativa
LPS - Lei dos Planos de Saúde
MP - Medida Provisória
OMS – Organização Mundial da Saúde
Procon - Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
RN - Resolução Normativa
ROL - Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde
SBE - saúde baseada em evidências
STF – Supremo Tribunal Federal
STJ - Superior Tribunal de Justiça
SUS - Sistema Único de Saúde
Susep - Superintendência de Seguros Privados
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TJRJ - Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
TJRS - Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
TJSP - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE	13
1.1 Disciplina normativa e doutrinária	14
1.2 Análise das decisões dos Tribunais	24
2 NEGATIVA DE ATENDIMENTO MÉDICO PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.....	32
2.1 Disciplina normativa e doutrinária	33
2.2 Análise das decisões	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICE	58

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma pesquisa de Iniciação Científica que buscou identificar as decisões do Superior Tribunal de Justiça que tinham fundamento na Função Social do Contrato insculpida no Art. 421 do Código Civil Brasileiro, de 2002 até setembro de 2021. Após a catalogação de todas as decisões, observou-se que grande parte delas tratavam de contratos de seguros e um grupo específico de decisões tratavam sobre contratos de planos de assistência à saúde suplementar ou seguros de saúde, que são o objeto deste estudo, especificamente.

O acesso à saúde é um direito constitucionalmente previsto no Art. 196 da Constituição Federal (CF) de 1988¹. O acesso universal à saúde dá-se através do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, a Carta Constitucional prevê no Art. 199 a participação da iniciativa privada de forma complementar². Assim como a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990 afirma que a saúde é “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”³. À iniciativa privada cabe a complementação da assistência à saúde, sendo observado dois tipos de contratos: planos de assistência à saúde e seguro saúde.

Os beneficiários de planos privados de assistência médica somam no Brasil, em 2020, 47.615.162. Por outro lado, as operadoras de planos privados de assistência médica são um total de 1.182 em atividade⁴. Os planos, em sua ampla maioria, são de dois tipos: coletivo empresarial e coletivo por adesão.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 64% das reclamações dos consumidores de planos de saúde diretamente para a Agência refere-se à cobertura do plano⁵. E a publicação Justiça em Números, do Conselho Nacional de Justiça, afirma que, entre 2014 e 2018, foram ajuizadas 717.263 novas ações sobre Contratos de Planos

¹ A Constituição de 1988 em seu art. 196 estabelece que: 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.

² Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

³ Art. 2º da Lei 8.080/1990, lei que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

⁴ Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 26 de abril de 2021.

⁵ Idem.

de Saúde, tudo isso, somado às ações em face do Poder Público para garantia do direito à saúde, levou a expressão “judicialização da saúde”⁶.

Em pesquisa no site do Superior Tribunal de Justiça, o termo "Plano de Saúde" encontra 4.587 acórdãos e 70.209 decisões monocráticas. Por seu turno, o termo "Seguro de Saúde" encontra 178 acórdãos e 79 decisões monocráticas. Quando aprofundada a pesquisa e utilizados os mostradores em conjunto "Função Social do Contrato" e "Plano de Saúde" encontrou-se 26 acórdãos e 2.963 decisões monocráticas. O resultado da pesquisa "Função Social do Contrato" e "Seguro de Saúde" encontrou, respectivamente, 2 acórdãos e 597 decisões monocráticas. Embora as decisões monocráticas tenham sido estudadas, optou-se por não analisá-las em razão do seu caráter predominantemente processual e por serem aplicação do entendimento dos órgãos colegiados.

Dos julgados colegiados (28 no total), nove tratam sobre rescisão unilateral do contrato coletivo empresarial por parte da seguradora e sete deles tratam sobre negativa de tratamento médico em função do rol de tratamentos da ANS, somadas, as duas causas somam 57% das causas de pedir e, por isso, foram escolhidas para serem investigadas neste trabalho.

Em relação à questão da rescisão unilateral pela seguradora, pode-se observar que os julgados tratam especificamente de um grupo contratual: são contratos coletivos empresariais cuja contratante possui menos de 30 beneficiários. O segundo grupo de julgados trata da negativa de tratamento por parte da seguradora. A principal controvérsia é se o rol de procedimentos previstos nas resoluções da Agência Nacional da Saúde, agência pública encarregada de fiscalizar o exercício dessa atividade, por previsão da Lei n. 9.961/2000, é meramente exemplificativo ou taxativo.

O recorte realizado nesta monografia foi o de analisar os fundamentos das decisões do STJ que se referem a estas duas principais questões controvertidas, as quais apresentam-se, atualmente como o principal espaço para a aplicação da Função Social dos Contratos na dicção do próprio Superior Tribunal de Justiça. Para tanto, o trabalho será dividido em duas grandes partes, cada uma para um grupo de casos; estas partes são, ainda, divididas em duas outras: uma para tratar do posicionamento doutrinário e legislativo e a segunda para tratar do posicionamento dos tribunais estaduais, na medida em que contribuem para a formação da jurisprudência superior, e do Superior Tribunal de Justiça. A intenção de analisar os Tribunais

⁶ Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em 06 de setembro de 2021.

estaduais é para verificar se as questões estão sendo tratadas em conformidade com a jurisprudência superior ou não.

A pesquisa não foi realizada na ótica do Direito do Consumidor, porém, a questão de fundo envolve consumidores, portanto, o trabalho apresenta um diálogo das fontes de Direito Civil e Direito do Consumidor. Além disso, se conhece que parte da doutrina compreende o Direito Civil sob a ótica Constitucional, e que este buscaria a efetivação dos direitos sociais e a dignidade da pessoa humana através das relações privadas, porém, para efeitos deste trabalho, este tema não é tratado e não é efetuado um recorte constitucional do direito à saúde aqui trabalhado, procura-se analisar os efeitos do contrato privado entre as partes, sem ignorar que esse viés está presente no tratamento do tema.

O objetivo específico deste estudo é analisar como a Função Social do Contrato é utilizada como fundamento nas decisões que envolvem os contratos de planos de assistência à saúde e contratos de seguro saúde sob a ótica do Direito Privado.

1. RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

O capítulo 1 deste trabalho, analisa a resilição unilateral dos contratos de planos de assistência à saúde por parte das operadoras dos planos coletivos empresariais, dividindo-se a análise em dois pontos. A primeira parte do capítulo, trata sobre a disciplina normativa e doutrinária, apresentando a distinção entre seguros de saúde e planos de assistência à saúde e a aplicação da função social do contrato de plano de saúde como proteção da parte vulnerável da relação contratual; a segunda parte, analisa de que forma os Tribunais dos Estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo⁷ e o Superior Tribunal de Justiça estão se posicionando em relação à resilição unilateral do contrato de planos de assistência à saúde coletivos empresariais por parte das operadoras.

⁷ Optou-se por restringir a pesquisa a estes tribunais, pois observou-se que são os que mais contribuem para a formação da jurisprudência do STJ em relação ao tema, como se pode ver nas seguintes decisões da corte superior REsp nº 1.680.045/SP; REsp nº 1.701.600/SP; REsp nº 1.553.013/SP; AgInte no Agravo em REsp nº 1.132.794/SP; AgInt no REsp nº 1.704.625/SP; AgInt no REsp nº 1.763.223/SP; REsp nº 1.818.495/SP; AgInt no REsp nº 1.834.839; Embargo de Divergência em REsp nº 1.692.594/SP; AgInt no REsp nº 1.876.498/SP; AgInt no REsp nº 1.879.967/SP; AgInt no REsp nº 1.708.317/RS; REsp nº 761.114/RS; REsp nº 1.360.969/RS.

1.1 Disciplina normativa e doutrinária

O mercado de seguros em geral é extremamente normatizado pelos órgãos de regulação do Estado, com os planos de saúde não seria diferente⁸. A normatização inicia-se na Constituição Federal, passa pelo Código Civil, pelo Código de Defesa do Consumidor, pela Lei n. 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), Lei n. 10.8185/2001 (Lei das Seguradoras de Saúde) e nas 3835 Resoluções Normativas e Administrativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁹. Esta, cuja incumbência é cumprir a legislação dos planos de saúde, conforme designado na sua criação pela Lei n. 9.961 de 28 de janeiro de 2000; ANS é a reguladora responsável por todo setor de saúde suplementar brasileiro¹⁰.

A Lei dos Planos de Saúde (LPS) no seu artigo 1º conceitua o que é plano de saúde:

Art. 1º 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 consumidor¹¹.

Neste mesmo artigo, conceitua que a operadora de plano de assistência à saúde é a pessoa jurídica que venha a ser constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que disponha de produto ou contrato na modalidade Plano Privado de Assistência à Saúde. É importante frisar que a LPS veda a venda de planos privados por pessoas físicas, sendo necessário e obrigatório, para a negociação dos planos, que a sociedade seja exclusivamente constituída para esse fim e obtenha autorização de funcionamento, obedecendo os requisitos impostos, junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Por outro lado, o seguro de saúde está regulado pela Lei n. 10.185/2001, que em seu Art. 1º afirma que as sociedades seguradoras poderão operar o seguro de planos de assistência à saúde, desde que “estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro,

⁸ OLIVEIRA, André Furtado. **Questionamentos acerca da aplicação indiscriminada da função social do contrato: uma análise do impacto nos contratos de plano de saúde**. Revista de Direito Privado, vol. 79, julho de 2017, p. 58.

⁹ Pesquisa sobre legislação realizada no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao. Acesso em 27 de maio de 2021.

¹⁰ ANS. **Histórico**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 25 de abril de 2021.

¹¹ Disposição do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 25 de abril de 2021.

devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades”¹². A grande diferença entre os contratos é que os contratos de seguro de saúde são disponibilizados por seguradora especializada perante a Superintendência de Seguros Privados (Susep), subordinada e fiscalizada pela ANS, enquanto os contratos de planos de assistência à saúde são ofertados por operadoras de planos assistenciais de saúde e estão submetidos à Lei 9.656/1998¹³. Além disso,

ao contrário das pessoas jurídicas que operam planos de saúde, as seguradoras especializadas não podem manter ou administrar estabelecimentos de saúde, tampouco ter em seus quadros médicos para prestação de assistência, apenas ofertando serviços que podem ser escolhidos livremente pelos segurados, v.g., odontológicos, clínicas especializadas, laboratórios, hospitais etc.¹⁴

Para efeito deste Trabalho, serão denominados contratos de plano de saúde todos aqueles que se referirem tanto a planos de assistência à saúde quanto àqueles que se referirem à seguro de saúde.

Nas palavras de Pontes de Miranda, contrato de seguro é aquele “pelo qual o segurador se vincula, mediante pagamento de prêmio, a ressarcir ao segurado, dentro do limite que se convencionou, os danos produzidos por sinistro, ou a prestar capital ou renda quando ocorra determinado fato, concernente à vida humana, ou ao patrimônio”¹⁵. Esse contrato serve como “proteção financeira e como meio de garantia, de segurança, contra riscos ou eventos previamente definidos em contrato”¹⁶.

O contrato de plano de saúde é um negócio jurídico de execução continuada e trato sucessivo¹⁷, uma relação nitidamente de natureza securitária e configuram “contratos para o futuro, de maneira que não se pode frustrar as expectativas do contratante quando se torna economicamente desinteressante”¹⁸. Estes contratos são, normalmente, de longa duração e tem

¹² Art. 1º. As sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1º, inciso I e § 1º, da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

¹³ PACANARO, Armando Wesley. **Aplicabilidade do princípio da função social nos contratos de seguro-saúde e planos de saúde**. Revista de Direito do Consumidor, v. 105, mai.-jun. 2016, p. 159.

¹⁴ *Ibidem*, p. 159.

¹⁵ MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. **Tratado de Direito Privado**. 3ª Ed. 2ª Reimpressão. São Paulo: Revista dos Tribunais. Parte Especial Tomo XLV – Direito das Obrigações: Contrato de Transporte. Contrato de Parceria. Jôgo e Aposta. Contrato de Seguro. Seguro Terrestres, Marítimos, Fluviais, Lacustres e Aeronáuticos. Título L, capítulo 1, § 4.911, p. 271.

¹⁶ *Ibidem*, p. 126.

¹⁷, GREGORI Maria Stella. **Planos de Saúde – a ótica da proteção do consumidor**. 4ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019, p. 131.

¹⁸ SCHULMAN, Gabriel. **Planos de Saúde – Saúde e Contrato na Contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009, p. 298.

por finalidade “assegurar para o consumidor o tratamento de ajuda-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a saúde deste, de sua família, dependentes ou beneficiários”¹⁹.

E, ainda, tais contratos são contratos de adesão, e em razão disso, “não há manifestação da vontade ou decisão que implique concordância com o conteúdo das cláusulas contratuais; há, apenas, a aquiescência do aderente que compra o produto ou serviço”²⁰.

Pode-se observar que Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) distingue as modalidades de planos e seguros de saúde ofertados pelas operadoras, através do inciso VII do artigo 16, modificado pela Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001, separando-os em: (I) individual ou familiar, aquele cuja contratação é possível por pessoas naturais para si ou seus familiares; (II) coletivo empresarial, contrato efetivado por uma pessoa jurídica, cujos beneficiários possuem uma relação empregatícia ou estatutária com a contratante, sendo possível ainda a extensão ao grupo familiar dos sócios e empregados; e (III) coletivo por adesão, contrato formalizado por uma entidade de classe e cujos beneficiários mantêm um vínculo de associação. Coube à Resolução Normativa nº 195 da ANS, de 2009, conceituar os três tipos de contratação²¹.

¹⁹ MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor – O novo regime das relações contratuais**. 9ª Ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Livro Eletrônico, p. RB-2.3.

²⁰ POLIDO, Walter A. **Da limitação da autonomia privada nas operações de seguros: coletivização dos interesses – nova perspectiva social e jurídica do contrato de seguro**. Doutrinas Essenciais Obrigações e Contratos, v. 3, jun. 2011, p. 526.

²¹ Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

(...)

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo III à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;

II - os administradores da pessoa jurídica contratante;

III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no **caput** dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV – os agentes políticos;

V – os trabalhadores temporários;

VI – os estagiários e menores aprendizes;

VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

(...)

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III – associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985;

VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras – DIOPE.

Em relação a rescisão contratual, a Lei veda a rescisão unilateral por parte da seguradora nos casos de planos de saúde individuais ou familiares. Elencando as únicas possibilidades cabíveis de rescisão pela seguradora quando houver fraude ou inadimplemento 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 inadimplência²².

Ao tratar dos planos coletivos empresariais e por adesão, a lei é silente e subentende-se que nestes seria permitida a rescisão unilateral por quaisquer um dos contratantes. Para evitar esse vácuo legislativo, a Resolução Normativa (RN) nº 195/2009 da ANS, editou o artigo 17, que trata sobre Rescisão ou Suspensão – esses são os termos utilizados na RN - especificamente dos contratos coletivos:

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 de sessenta dias.

A partir desta Resolução, a Agência passou a separar os contratos coletivos empresariais em dois grupos: aqueles que possuem menos de 30 beneficiários e aqueles que possuem mais de 30 beneficiários. Essa divisão é utilizada em artigos da Resolução Normativa n. 195 que tratam sobre carência, cobertura parcial temporária e declaração de saúde do beneficiário; nada afirmando em relação a rescisão contratual, que é tratada de forma genérica para ambos os grupos.

A ANS utiliza-se dessa divisão em outras resoluções normativas, como nº 309 de 2014, na qual a Agência regulamenta e determina o agrupamento de contratos coletivos de assistência à saúde com menos de 30 beneficiários para fins de cálculo de reajuste. Nesta

²² Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

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

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

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

Importante salientar que a própria lei utiliza o termo “rescisão” quando está a tratar de “resilição”.

normativa, o órgão regulador define que contrato agregado ao agrupamento é aquele que integra o agrupamento por conter menos de 30 beneficiários²³ e obriga as operadoras a formarem um agrupamento com todos os seus planos coletivos que tenham menos de 30 beneficiários para que o cálculo do reajuste seja efetuado conjuntamente²⁴.

O objetivo de tal normativa é evitar aumentos consideráveis nos planos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários e na Exposição de Motivos da referida Resolução, encontra-se:

Os contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários estão sujeitos à carência, o que aumenta decisivamente o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias. Sendo assim, esses grupos de beneficiários têm menos poder de negociação ou de “barganha” que os contratos coletivos com 30 ou mais beneficiários.

(...)

Nesse cenário vislumbra-se um prejuízo aos beneficiários vinculados aos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários na época do reajustamento do contrato, dado o baixo poder de negociação para a redução do percentual de reajuste e a necessidade de cumprir novos períodos de carência caso decidam mudar de operadora.

(...)

Propõe-se uma medida para regular o reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários mediante a utilização do agrupamento de contratos. O agrupamento de contratos tem o intuito de promover a distribuição, para todos os contratos desse agrupamento, do risco inerente à operação de cada um deles.²⁵

Pela exposição de motivos da Resolução observa-se a presunção de disparidade de forças de negociação entre as empresas contratantes e as operadoras de planos de saúde e a preocupação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em resguardar os planos contratados por pequenos e microempresários.

Sobre a questão da disparidade de forças, pode-se observar que com o advento do Código Civil de 2002 houve a reunião das obrigações civis e empresariais e predominou no âmbito nacional um modelo dual de contratação: ou os contratos eram considerados realizados entre iguais, com cláusulas livremente negociadas entre as partes, ou se tratavam de contratos

²³ Art. 2º, II da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012: II - contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, conforme caput e § 1º do artigo 3º, observada a regra prevista no parágrafo único deste artigo.

²⁴ O art. 3º da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012 estabelece: É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

²⁵ Associação Brasileira de Planos de Saúde – Abramge. **Exposição de motivos para a publicação da resolução normativa que dispõe sobre a contratação de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais por empresários individuais.** Disponível em: https://abramge.com.br/portal/images/REGULAMENTACAO/cp64_exposicao_de_motivos.pdf. Acesso em: 25 de junho de 2021.

de consumo, tendo um vulnerável na relação contratual que precisava da tutela do Estado para sua proteção.

Porém, é possível observar-se uma terceira hipótese: contratos realizados entre empresas que possuem forças distintas, nos quais uma das partes possui um poder, seja ele de informações, seja ele financeiro, superior a outra²⁶, não é possível aplicar diretamente as regras de direito do consumidor e, muitas vezes, a doutrina acaba concebendo que se deva aplicar o Art. 29 do CDC que trata sobre consumidor por equiparação²⁷.

Contudo, a doutrina italiana, principalmente, através de Roberto Pardolesi, cunhou o termo *terzo contratto* cuja definição coloca a empresa mais fraca da relação contratual na posição que seria do consumidor. Para o autor, os contratos são divididos em B2B (*Business to Business*) ou B2C (*Business to Consumer*) e a terceira opção seria conhecida como B2b (*Business* - representando a parte forte da relação, com B maiúsculo – *to business* – representando a parte fraca da relação, com b minúsculo)²⁸.

Essa terceira hipótese contratual, torna-se fundamental quando da edição da chamada Lei da Liberdade Econômica que inseriu no Código Civil de 2002 o Art 421-A²⁹ cuja redação afirma ser presumida a paridade dos contratos civis e empresariais, até que se tenha a presença de elementos concretos que justifiquem o afastamento da presunção. A ideia central do referido artigo é diminuir a intervenção estatal por meio do Judiciário e dar maior peso a autonomia contratual³⁰.

²⁶ GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde – a ótica da proteção do consumidor**. 4ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019, p. 131.

²⁷ Nesse sentido, José Luiz Toro da Silva em sua obra Planos de Saúde: Limites ao poder de regular afirma na p.134, que: “as pessoas físicas assistidas pelos mencionados contratos coletivos podem se valer do disposto no art. 29 do Código de Defesa do Consumidor, que estabelece o conceito de consumidor por equiparação” e MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIM, Antônio Herman; MIRAGEM, Bruno. **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2019, livro eletrônico, p. RL-1.10, que afirmam que o artigo 29 do CDC coloca na condição de consumidor aquelas pessoas que “mesmo não sendo ‘consumidores stricto sensu’, poderão utilizar as normas especiais do CDC, seus princípios, sua ética de responsabilidade social no mercado, sua nova ordem pública, para combater as práticas comerciais abusivas”.

²⁸ GITTI, Gregorio. **Il terzo contratto. L’abuso di potere contrattuale**. Bolonha: Società editrice il Mulino, ed. e-book. 2012. Capítulo 1.

²⁹ Art. 421-A. Os contratos civis e empresariais presumem-se paritários e simétricos até a presença de elementos concretos que justifiquem o afastamento dessa presunção, ressalvados os regimes jurídicos previstos em leis especiais, garantido também que: (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019)

I - as partes negociantes poderão estabelecer parâmetros objetivos para a interpretação das cláusulas negociais e de seus pressupostos de revisão ou de resolução; (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019)

II - a alocação de riscos definida pelas partes deve ser respeitada e observada; e (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019)

III - a revisão contratual somente ocorrerá de maneira excepcional e limitada. (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019)

³⁰ Garbi, Carlos Alberto. **Os contratos paritários na Teoria Geral dos Contratos - Uma visão crítica**. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/novos-horizontes-do-direito-privado/335834/os-contratos-paritarios-na-teoria-geral-dos-contratos---uma-visao-critica>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

A princípio, a disparidade de forças não seria um problema jurídico, conquanto que o empresário vulnerável tenha possibilidade de escolhas e tenha exercido sua liberdade de contratação, porém, quando há abuso do poder econômico de uma empresa sobre a outra, há uma disparidade que não tem relação com a negociação entre as empresas, mas sim com a falta de alternativas que a empresa vulnerável sofrerá³¹.

É o que pode ocorrer quando um empresário que firmou contrato de plano de saúde para si e seu pequeno grupo de funcionários ou familiares tem esse contrato unilateralmente resilido pela operadora e tem que voltar ao mercado, sem qualquer poder de barganha, para negociar um novo contrato, com novos valores e novos prazos de carência³².

Importante salientar que o contrato em análise tem caráter existencial e o beneficiário, seja ele dos planos individuais ou familiares, seja ele dos planos coletivos, possui uma vulnerabilidade e uma dependência em relação a prestação contratada, sendo essencial uma limitação da possibilidade de rescisão unilateral por parte das operadoras³³. E ainda, para Paulo Luiz Netto Lôbo “os contratos que não são protegidos pelo direito do consumidor devem ser interpretados no sentido que melhor contemple o interesse social, que inclui a tutela da parte mais fraca no contrato”³⁴, essa seria a ideia do *terzo contratto*, uma proteção jurídica ao ente fraco da relação que, na situação analisada, não trata-se de um consumidor tal qual definido pelo Código de Defesa do Consumidor, nem de um consumidor por equiparação, também definido pelo CDC.

Neste ponto, a função social do contrato de planos de saúde possui uma relevante importância, pois se a relação não pode ser entendida como uma relação de consumo e não se pode aplicar diretamente o CDC, a aplicação direta do Art. 421 do Código Civil/2002 (CC/2002) torna-se fundamental.

Mais ainda porque tal contrato tem uma importante função social, uma vez que no Brasil tem-se um sistema híbrido de atendimento à saúde³⁵: público (através do Sistema Único de Saúde) e privado, do qual fazem parte os contratos de planos de saúde e seguros de saúde.

³¹ GARBI, Carlos Alberto. “*Il Terzo Contratto*” – Surge uma nova categoria de contratos empresariais? **Consultor Jurídico**. Publicado em 30 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-jul-30/direito-civil-atual-il-terzo-contratto-categoria-contratos-empresariais#author>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

³² PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, p. 94.

³³ Idem, p. 93.

³⁴ LÔBO, Paulo Luiz Netto. **Princípios sociais dos contratos no CDC e no novo código civil**. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/7868-7867-1-PB.htm>. Acesso em: 28 de junho de 2021.

³⁵ OLIVEIRA, Amanda Flávio de. **Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98): Dez anos depois**. Revista de Direito do Consumidor, vol. 67, jul.-set. 2008, p. 50-61.

Dessa forma, necessário que seja observada a garantia de previsibilidade, a estabilidade e segurança jurídica do instrumento pactuado pelas partes³⁶.

O contrato de plano de assistência à saúde cumpre fins sociais fundamentais: garantir aos contratantes acesso ao atendimento médico para além do sistema público. Ao rescindir o contrato de forma unilateral e tendo como única motivação um suposto desequilíbrio econômico, a operadora de planos de saúde prejudica a parte mais fraca da relação: os beneficiários do plano de saúde coletivo empresarial, que ficarão a mercê do mercado.

Como os contratos de plano de saúde tutelam um direito fundamental, o direito à saúde, este deve estar acima do patrimônio e, assim entendeu também o Conselho da Justiça Federal ao editar o enunciado 23 na I Jornada de Direito Civil:

A função social do contrato, prevista no art. 421 do novo Código Civil, não elimina o princípio da autonomia contratual, mas atenua ou reduz o alcance desse princípio quando presentes interesses metaindividuais ou interesse individual relativo à dignidade da pessoa humana.

E para Daniel de Macedo Alves Pereira:

o usuário de plano de saúde defende um interesse existencial (saúde) em contraposição a um interesse de cunho patrimonial da operadora de assistência à saúde, ou seja, o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. A enfermidade e a sua fragilidade são condições objetivas reveladoras de sua hipervulnerabilidade frente à operadora de plano de saúde³⁷.

Para além da vulnerabilidade, o beneficiário do plano de saúde coletivo empresarial deve, sim, ser considerado consumidor, pois este assume parte ou até a integralidade do pagamento das mensalidades ou do prêmio³⁸. Eles são os verdadeiros usuários finais dos serviços, e “o fato de o contrato ser coletivo não impossibilita que o beneficiário busque individualmente a tutela jurisdicional que lhe seja favorável, isto é, o restabelecimento do seu vínculo contratual com a operadora, que, em tese, foi rompido ilegalmente”³⁹. Não se está aqui afirmando que a empresa contratante deve ser reconhecida como consumidora, mas sim o beneficiário para o qual a empresa contratou o plano de saúde.

Entendimento no mesmo sentido teve o Tribunal Federal da 2ª Região que, em 06 de maio de 2015, proferiu decisão nos autos da Ação Coletiva nº 0136265-83.2013.4.02.51.01,

³⁶ BRANCO, Gerson Luiz Carlos. **Função Social dos Contratos: interpretação à luz do Código Civil**. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 203.

³⁷ PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, p. 72

³⁸ *Idem*, p.95.

³⁹ *Idem*, p. 95.

ajuizada pelo Procon do Rio de Janeiro em face da ANS, que determinava a anulação do parágrafo único do Art. 17 da RN 195/2009. O pedido do Procon do Rio de Janeiro era de que o prazo de 12 meses ali estipulado beneficiava somente a operadora e colocava o consumidor em desvantagem, pois este teria que pagar uma multa por quebra da fidelidade, caso viesse a pedir a rescisão antes de tal prazo. Em sua defesa, a ANS afirmou que

a regra contida no parágrafo único do art. 17 da RN-ANS no 195/2009 não diz respeito a período mínimo pelo qual o beneficiário (consumidor) do respectivo plano coletivo (por adesão ou empresarial) deva permanecer vinculado contratualmente. Tal dispositivo se refere ao contrato firmado entre a pessoa jurídica (ao qual o beneficiário/consumidor se encontra vinculado, em caráter associativo, de classe ou empregatício) e a operadora de planos de saúde. Essa é a relação jurídica sujeita a prazo mínimo para rescisão imotivada, nos termos da RN 195/2009⁴⁰.

A tese apresentada pela ANS é de que, se houver alguma multa contratual é somente na relação pessoa jurídica contratante e operadora e que não se aplica ao beneficiário, sendo que a rescisão contratual seria de todo o contrato coletivo, não tendo incidência “no caso de extinção do vínculo do beneficiário com o contrato coletivo (que continua vigente) a seu pedido (via pessoa jurídica contratante)”⁴¹.

Em sua decisão, a Desembargadora afirma que

ainda que o contrato seja firmado entre o empregador e a operadora do plano de saúde, posteriormente, o beneficiário passará a figurar na relação jurídica e, a forma como a mesma foi estabelecida, não retira, de forma alguma, o consumidor de sua relação de hipossuficiência⁴².

A decisão, na sequência, afirma que cláusula contratual que permite a aplicação de multa por rescisão contratual “viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso”, e ensejaria uma prática abusiva ao permitir à percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde⁴³.

Tal decisão foi executada pela ANS, que em 30 de março de 2020 editou a RN nº 455/2020 para anular o parágrafo único que afirmava: “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”.

⁴⁰ RIO DE JANEIRO. Tribunal Federal da 2ª Região. Apelação Civil n. 0136265-83.2013.4.02.5101. Turma Espec. III - Administrativo e Cível. Rel. Desª. Vera Lúcia Lima. Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2016.

⁴¹ Idem.

⁴² Idem.

⁴³ Idem.

Outra normativa importante de ser citada é a Resolução Normativa n° 432 de 27 de dezembro 2017, que dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual. O Art. 2° prevê a permissão de contratação da modalidade coletivo empresarial para empresário individual e o condiciona às previsões legais da Resolução n° 195/2009⁴⁴. O Art. 3° da Resolução 432/2017 prevê que a cada aniversário do contrato as operadoras devem exigir do empresário individual documentação elencada no Art. 2°, e o parágrafo 1° do Art. 3° permite que a operadora rescinda o contrato caso seja verificado a ilegitimidade do contratante, com aviso prévio de 60 dias, e, permitindo, que o empresário faça a devida comprovação neste prazo⁴⁵. Mais importante ainda é o que trata o Art. 7° da referida normativa:

Art. 7° À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do art. 2°, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

Como pode-se observar no Art. 7° da RN 432/2017, a ANS obriga as operadoras a justificarem as razões da rescisão contratual em contratos celebrados com empresário individual.

Frente a isto, observa-se que a tendência da doutrina é identificar os beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais como vulneráveis e aplicar a proteção do Código de Defesa do Consumidor para toda a relação contratual estabelecida, seja a relação direta entre a

⁴⁴ Art. 2° O empresário individual poderá contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, previsto no art. 5° da RN n° 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

§ 1° Para a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, de acordo com sua forma de constituição.

§ 2° Para a manutenção do contrato coletivo empresarial, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição.

⁴⁵ Art. 3° Nos contratos coletivos empresariais celebrados por empresários individuais, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como as administradoras de benefícios, no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, e, anualmente, no mês de aniversário do contrato, deverão exigir a comprovação:

I – prevista no art. 2°; e

II – dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados, dispostos no art. 5° da Resolução Normativa n° 195, de 2009, quando for o caso.

§ 1° Verificada a ilegitimidade do contratante no aniversário do contrato, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

pessoa jurídica e a operadora de planos de saúde, seja a relação do beneficiário com a operadora de saúde.

No próximo tópico será analisada de que forma os tribunais estão decidindo em relação a rescisão contratual de forma unilateral pelas operadoras, buscando identificar nos fundamentos das decisões se os Tribunais coadunam ou não com a doutrina e, principalmente, se o fundamento das decisões está na legislação, pois desde 2017 a ANS exige motivação para a rescisão unilateral por parte das operadoras, via Art. 7º da RN 432/2017.

1.2 Análise das decisões dos Tribunais

Este capítulo tem por objetivo analisar o posicionamento de três tribunais estaduais: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo, além do posicionamento do Superior Tribunal de Justiça em relação à possibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde por parte das seguradoras. A escolha dos referidos Tribunais se deu pela importância que possuem no cenário nacional e pela quantidade de decisões suas que sobem à Corte Superior.

A metodologia utilizada foi buscar nos referidos sites dos Tribunais as decisões com os marcadores de busca “rescisão contratual” e “plano de saúde coletivo”, dessa forma foram encontradas as seguintes decisões:

Tribunal	Decisões
TJRS	52
TJRJ	26
TJSP	316

Após essa busca inicial, passou-se a leitura individual das decisões e separou-se somente aquelas que tratavam de rescisão unilateral das operadoras para análise dos fundamentos das decisões, chegando-se a:

Tribunal	Decisões
TJRS	23
TJRJ	7

TJSP	132
------	-----

Importante salientar que foram excluídos aqueles julgados que tratavam de extensão do contrato coletivo quando havia um beneficiário em tratamento médico e cuja decisão cabia somente àquele beneficiário⁴⁶. Também foram excluídas as decisões que versavam sobre rescisão contratual por parte da empresa contratante sem a anuência do beneficiário pois a discussão travada nessas decisões é estranha ao objeto deste trabalho.

Em relação as decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, o trabalho analisou as vinte e três decisões elencadas na tabela acima e observa-se que o entendimento é no sentido de que a liberdade contratual permite tal cláusula de rescisão e, assim, a consideram válida. Afirmam que não se aplica o CDC por se tratarem de contratos firmados entre duas empresas e, por isso, não há que se falar em vulnerabilidade⁴⁷.

Um dos julgados afirma que a contratação por pessoa jurídica não afasta, por si só, a aplicação do CDC, porém, relativiza a vulnerabilidade do contratante. E segue:

A existência de cláusula expressa, redigida de forma clara, que prevê a rescisão contratual imotivada a qualquer tempo, observada a necessidade da notificação, faz com que prevaleça a autonomia de vontade das partes. Referida disposição não afronta os ditames das normas que regulam os planos de saúde, não havendo qualquer óbice à rescisão unilateral do contrato.⁴⁸

Na Apelação Civil nº 70080672124, observa-se a afirmação de que plano de saúde contratado somente para os sócios e seus familiares não se enquadra na *ratio decidendi* dos julgados do STJ que tratam de micro empresas, pois a operadora teria negociado a possibilidade de um plano para todos os funcionários antes da rescisão e que a empresa contratante não aceitou os termos. Por conta dessa negociação, conclui a decisão que a empresa contratante

⁴⁶ Em relação a esta situação específica, observou-se que os três Tribunais estaduais possuem entendimento no sentido de manutenção do plano até o final do tratamento, não tendo sido encontrada nenhuma decisão em contrário.

⁴⁷ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70079464749. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 14 de março 2019. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70063161202. Sexta Câmara Cível, Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 14 de julho de 2016. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70068661222. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 29 de setembro de 2016. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70065782682. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 29 de setembro de 2016. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70074048539. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 20 de julho de 2017. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70071096804. Sexta Câmara Cível, Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 26 de outubro de 2017.

⁴⁸ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70073958233. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto, Porto Alegre, 28 de setembro de 2017; n.m.s. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70074048539. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 20 de julho de 2017.

teria igualdade de forças frente à operadora e, por isso, não poder-se-ia falar em vulnerabilidade (mesmo que o plano contratado tenha sido somente para o sócio e seus familiares)⁴⁹.

Em relação ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro foram analisadas as sete decisões separadas e pode-se observar que o Tribunal entende ser

plenamente possível a rescisão contratual de plano de saúde coletivo entre operadora e estipulante, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, conforme previsto no artigo 17 e parágrafo único da Resolução Normativa ANS no 195/2009⁵⁰.

A decisão não leva em consideração a quantidade de beneficiários e afirma que a operadora entrou em contato para reajuste, não tendo conseguido negociar no patamar desejado pediu a rescisão contratual, fato que posteriormente será observado ser de fundamental importância em julgado do STJ sobre o tema. A decisão também não leva em consideração que o parágrafo único do Art. 17 da RN 195/2009 da ANS foi anulado e, na data do julgado, não estava mais em vigor.

Na Ação Civil Pública do Procon do Rio de Janeiro em face da ANS, tratada no item anterior, a decisão afirma que “quer se trate de plano/seguro de contratação coletiva, o usuário terá sempre em seu favor as normas de proteção do CDC, pois ambos são típicos contratos de consumo”⁵¹, demonstrando que há uma distinção de entendimentos pelos Tribunais do Rio de Janeiro. Na esfera federal, os tribunais entendem que se aplica o Código de Defesa do Consumidor para os contratos de planos/seguro de saúde contratados de forma coletiva e na esfera estadual entendem pela não aplicação.

Em relação a rescisão unilateral pela operadora, a decisão analisada entende que, como está redigida a regra do Art. 17 da RN 195/2009, permite que o contrato de planos de saúde seja rescindido unilateralmente pela operadora, impondo-se, assim, “ao aderente, depois de vários anos de contrato, o cancelamento unilateral e novas regras de contratação”⁵² e que mesmo com a alegação de desequilíbrio contratual, negar a renovação automática coloca o consumidor em desvantagem exagerada “na medida em que, a despeito da natureza da

⁴⁹ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70080672124, Quinta Câmara Civil. Rel. Des.^a Lusmary Fatima Turelly da Silva. Porto Alegre, 05 de maio de 2019.

⁵⁰ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 0034858-83.2018.8.19.0014. Sétima Câmara Civil, Rel. Des. Claudio Brandão de Oliveira, Rio de Janeiro, 16 de março de 2021.

⁵¹ RIO DE JANEIRO. Tribunal Federal da 2ª Região. Apelação Civil n. 0136265-83.2013.4.02.5101. Turma Espec. III - Administrativo e Cível Rel. Des Vera Lúcia Lima, Rio de Janeiro, 06 de maio de 2015.

⁵² Idem.

modalidade contratual e da função social do contrato”⁵³ e, dessa forma, estaria sendo atendido, exclusivamente, os interesses econômicos da operadora do plano de saúde.

Em relação ao Tribunal de Justiça de São Paulo, pode-se observar nas 132 decisões analisadas que até 2015 o Tribunal possuía três entendimentos:

- a rescisão unilateral pelas operadoras é abusiva quando não são informados motivos idôneos, quebrando a boa-fé objetiva e a função social do contrato⁵⁴;

- a rescisão unilateral com base em cláusula contratual é válida quando não há beneficiários em tratamento médico⁵⁵;

- rescisão unilateral por parte da operadora baseada em cláusula contratual expressa e com observância dos requisitos da Resolução nº 195/2009 da ANS é válida⁵⁶

E que a partir de 2016 o Tribunal paulista passa a entender que as operadoras de planos de saúde não podem resilir unilateralmente de forma imotivada os contratos com empresas com até 30 beneficiários. Afirmam que a pactuação de cláusula de rescisão unilateral encerra em si ilegal disposição potestativa, “colocando o beneficiário em posição de extrema desvantagem”⁵⁷ e que a conduta da operadora é antijurídica.

Na Apelação Civil nº 1033377-48.2014.8.26.0100, julgada em 04 de novembro de 2016, a decisão afirma que a permissão da rescisão unilateral por parte das operadoras as deixa em vantagem para tentarem aumentar os valores dos prêmios, e não tendo conseguido, simplesmente denunciam o contrato. Dessa forma, é abusivo o argumento de que houve um aumento de sinistralidade e que a operadora não está permitia a aumentar o valor por conta da RN nº 309/2009 da ANS. A decisão afirma que para a operadora

o contrato só poderia existir enquanto lhe estava sendo garantido vultoso lucro, mas quando há o aumento na sinistralidade, ela se dispõe a rescindir a avença e abandonar, sem qualquer justificativa legítima, o parceiro que sempre pagou regularmente o prêmio⁵⁸.

⁵³ Idem.

⁵⁴ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2193191-88.2014.8.26.0000. Nona Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Piva Rodrigues, São Paulo, 27 de março de 2015.

⁵⁵ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1011110-93.2014.8.26.0161. Quarta Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Milton Carvalho. São Paulo, 14 de maio de 2015..

⁵⁶ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 0173755-42.2012.8.26.0100. Sexta Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Vito Guglielmi. São Paulo, 02 de outubro de 2014.

⁵⁷ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1023403-33.2014.8.26.0602. Sétima Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Rômolo Russo. São Paulo, 25 de outubro de 2016. N.m.s., SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1009989-82.2020.8.26.0011. Quinta Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Ericksin Gavazza Marques. São Paulo, 13 de maio de 2021. SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1049445-97.2019.8.26.0100. Sexta Câmara de Direito Privado, Rel. Des^a Ana Maria Baldy. São Paulo, 20 de maio de 2021. SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1013353-71.2020.8.26.0008. Sétima Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Rômolo Russo. São Paulo, 21 de julho de 2021.

⁵⁸ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1033377-48.2014.8.26.0100. Oitava Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Silvério da Silva. São Paulo, 4 de novembro de 2016.

Por outro lado, uma decisão isolada da 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo entendeu de forma diversa, afirmando que seria válida a rescisão unilateral por parte da seguradora por conta da autonomia da manifestação de vontade das partes. Além disso, a decisão apresenta o argumento de que se tratam de duas empresas contratando, logo, não há que se falar em vulnerabilidade de qualquer das partes⁵⁹.

Quando chamado a se pronunciar, o STJ entendeu, inicialmente, que a empresa contratante deveria ser considerada vulnerável, pois o contrato beneficiava apenas a família do sócio ou um número reduzido de beneficiários e, por isso, aplicaram o Código de Defesa do Consumidor, impedindo a rescisão unilateral do contrato por parte da seguradora, em ofensa à boa-fé objetiva e à função social do contrato⁶⁰.

O fundamento principal seria que a natureza da relação entre as partes não poderia ser qualificada sem uma reflexão sobre o contexto no qual o contrato foi celebrado. E por tratar-se de um contrato coletivo empresarial cujos beneficiários são, somente, os membros da família do empresário individual, entendeu o STJ ser possível a excepcionalidade da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Essa vulnerabilidade está observada pela própria ANS que editou duas Resoluções (a Resolução Normativa nº 309 de 2012, que regula sobre o agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação do reajuste e a Resolução Normativa nº 432 de 2017 que dispõe sobre a contratação de planos por empresário individual) para proteger o micro e pequeno empresário que contrata com as operadoras de planos de saúde.

Em um segundo julgado de 06 de março de 2018⁶¹, relatado pela ministra Nancy Andrighi, afirma que as vantagens da contratação coletiva empresarial influenciam no grau de intervenção da ANS, visto que nos planos individuais e/ou familiares a regulação da Agência é tamanha que, por exemplo, os reajustes anuais precisam passar por aprovação da ANS⁶², e por conta disso “parte-se do pressuposto de que as pessoas jurídicas contratantes têm maior

⁵⁹ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1091305-78.2019.8.26.0100. Sexta Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Vito Guglielmi. São Paulo, 2 de junho de 2021.

⁶⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgRg no RECURSO ESPECIAL nº 1.541.849-DF. Quarta Turma. Relator Min. Raul Araújo. Julgado em 15 de outubro de 2013, DJe 09/11/2015.

⁶¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.701.600-SP. Terceira Turma. Relatora Min. Nancy Andrighi. Julgado em 06 de março de 2018, DJe 09/03/2018..

⁶² Resolução Normativa da ANS nº 171/2008 – Art. 2º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI4NA==>.

Acesso em: 12 de março de 2021.

autonomia para efetuar negociações com as operadoras e lograr condições mais favoráveis à população de beneficiários para a qual opera”⁶³.

Na análise do acórdão, em uma simples subsunção do fato a norma, a rescisão unilateral do contrato pela seguradora estaria permitida, visto que o contrato analisado se trata de coletivo empresarial e a operadora havia realizado o procedimento descrito no Art. 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS⁶⁴. Porém, a circunstância fática relevante é que a empresa contratante é, em verdade, uma empresa individual e que são apenas dois os beneficiários do referido contrato.

Essa informação demonstra que, sob a ficção de a contratação ter ocorrido entre duas pessoas jurídicas de igual força no mercado, em verdade, ocorreu a estipulação de um contrato em favor de um casal a partir de uma figura de empresário individual.

(...)

Toda a construção da Lei dos Planos de Saúde, bem como a própria estruturação do conceito dos planos coletivos empresariais delineada RN ANS 195/09 estão voltados para o elemento central acerca da população vinculada a uma pessoa jurídica, seja por vínculo empregatício/estatutário, seja por vínculo profissional, classista ou setorial. Ora, a contratação por uma microempresa de plano de saúde em favor de dois únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários⁶⁵.

Para a decisão, a intenção da operadora de plano de saúde de resilir o contrato coletivo empresarial com apenas dois beneficiários é um abuso de direito, pois o contrato entabulado entre as partes seria “um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar”⁶⁶.

A partir do Recurso Especial nº 1.553.013-SP, julgado no dia 13 de março de 2018, a Terceira Turma, sob relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, firmou a tese que vem sendo aplicada desde então pelo Tribunal Superior. A controvérsia era sobre a validade da cláusula contratual que admite a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde coletivo empresarial que contém menos de 30 beneficiários. A grande dúvida era saber se a operadora e a pessoa jurídica contratante possuem ampla margem de negociação e realizam o negócio jurídico sem que seja configurada a hipossuficiência de uma em relação a outra.

⁶³ Idem.

⁶⁴ Art. 17, da Resolução Normativa 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. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 12 de março de 2021.

⁶⁵ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.701.600-SP. Terceira Turma. Relatora Min. Nancy Andrighi. Julgado em 06 de março de 2018, DJe 09/03/2018.

⁶⁶ Idem.

A decisão está fundamentada na conduta abusiva das operadoras frente à vulnerabilidade das pequenas empresas. Este argumento firmou a tese de que nesses contratos é necessário que haja uma motivação idônea para a rescisão contratual.

Em função das diferenças que a ANS impôs na RN nº 195/2009 para os planos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários, entendeu a decisão que este grupo de contratos apresenta características híbridas, pois “possuem alguns comportamentos dos contratos individuais ou familiares, apesar de serem coletivos”⁶⁷.

O acordão ainda elenca as similitudes entre os planos coletivos empresariais com poucos beneficiários e os planos individuais/familiares:

- reduzida diluição do risco;
- exigência do cumprimento de carências.

E as diferenças dos referidos planos, que levam a redução no valor para a comercialização dos planos coletivos empresariais:

- sujeitos à rescisão unilateral pela operadora;
- reajustes livremente pactuados.

Segundo a própria ANS, esses motivos podem “criar uma falsa percepção de que são mais vantajosos no momento de sua contratação”⁶⁸. A grande diferença em relação aos reajustes é que nos planos individuais ou familiares é necessária a prévia autorização da ANS, que regula, inclusive, os percentuais mínimos e máximos do reajuste.

No caso em análise, a decisão afirma que o contrato é um típico contrato coletivo empresarial com menos de 30 beneficiários e não deve ser transformado em plano familiar, pois este não possui a figura do estipulante, nem se deve aplicar diretamente o CDC para evitar a desnaturação da contratação, decidindo de forma diversa a que vinha sendo aplicada pela Corte até então. Desta forma, não pode ser aplicado o art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9.656/1998⁶⁹, que proíbe a rescisão unilateral nos planos individuais ou familiares. Por outro

⁶⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.553.013-SP. Terceira Turma, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 13 de março de 2018, DJe 20/03/2018..

⁶⁸ Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Exposição de Motivos - Proposta de Resolução Normativa - Reajuste dos Contratos Coletivos com menos de 30 Beneficiários - Agrupamento de Contratos**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20120731_cp48_motivos.pdf. Acesso em 03 de julho de 2021.

⁶⁹ Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei tem renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 2001)

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

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

lado, a decisão observa que há vulnerabilidade nos contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários e aplica a função social do contrato para evitar abusividades, logo, a rescisão só será permitida com motivação idônea.

Tal motivação não pode ser “meras alegações de elevação da taxa de sinistralidade do plano considerado individualmente”⁷⁰. A operadora não pode “tentar majorar, de forma desarrazoada e desproporcional, o custeio do plano de saúde, e, após, rescindi-lo unilateralmente, já que tal comportamento configura abusividade nos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários”⁷¹.

Em outro Recurso Especial, o voto condutor proferido pela Ministra Nancy Andri ghi afirma: “permitir que as operadoras realizem rescisões de forma unilateral e, principalmente, sem qualquer fundamentação, pode ser uma forma de falsa legalidade para a realização de verdadeiras injustiças aos usuários dos planos de saúde”, e conclui que “a conduta das operadoras em rescindir o contrato unilateralmente deve vir acompanhada de motivação concreta para o consumidor vulnerável ser efetivamente informado e, eventualmente, buscar socorro judicial para situação de verdadeira ilegalidade”⁷².

Por seu turno, a Quarta Turma da 2ª Seção do STJ, em julgado datado de 12 de março de 2019, determinou que é válida a cláusula contratual que permite a rescisão unilateral por parte da seguradora desde que haja motivação idônea. No caso em análise a operadora justificou a rescisão por conta do aumento de sinistralidade, porém entendeu a decisão que a alegação era vazia de fundamentos, ferindo assim, a boa-fé objetiva e a função social do contrato. O Acórdão afirma que

A notificação encerra, portanto, flagrante dubiedade porque, ou bem a seguradora denuncia o ajuste porque (a) não mais tem interesse na continuidade dele, ou bem o deseja porque (b) aumentada a sinistralidade.

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

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. (Incluído pela Medida Provisória no 2.177-44, de 2001). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 25 de abril de 2021.

⁷⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.553.013-SP. Terceira Turma, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 13 de março de 2018, DJe 20/03/2018..

⁷¹ Idem.

⁷² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1.762.230-SP. Terceira Turma. Rel. Min. Nancy Andri ghi. Julgado em 12 de fevereiro de 2019, DJe 15/02/2019. Importante observar que a Ministra está tratando de um julgado de plano de saúde coletivo empresarial e utiliza-se do termo “consumidor”. Tal entendimento levou o Tribunal Federal da 2ª Região a confirmar sentença do juízo do Rio de Janeiro em ação protocolada pelo Procon do Rio de Janeiro em face da ANS, já apresentada no ponto 1.1. deste trabalho.

Está presente neste caso, então, particularidade que não pode ser desconsiderada e que denota a verdadeira intenção da ré: encerrar o contrato por evidência de aumento na sinistralidade (essa a causa sustentada na notificação).

A seguradora não diz por que houve aumento da sinistralidade. Afirma somente que os números atingidos ficam longe do mínimo adequado, motivando assim o cancelamento do contrato com base na mencionada cláusula. A planilha elaborada por ela às fls. 311 traz somente o índice de variação de sinistralidade do contrato. Mas, não há nada que esclareça em que se baseou este custo⁷³.

Dessa forma, seria necessário que a motivação, sendo ela por aumento da sinistralidade, venha acompanhada da apresentação dos cálculos atuariais, fato que no, caso concreto, não ocorreu.

Em 12 de fevereiro de 2020, a Segunda Seção do STJ sedimentou o entendimento no sentido de que, em decorrência da aplicação do CDC, os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários não podem ser rescindidos unilateralmente pela operadora sem motivação idônea⁷⁴.

Constata-se a vulnerabilidade dos planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) beneficiários, cujos estipulantes possuem pouco poder de negociação diante da operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.

Ressaltou-se, ainda, que não se pode transmutar o contrato em plano familiar a fim de se aplicar a vedação do art. 13, parágrafo único, II da Lei n. 9.656/1998. Contudo, em razão da aludida natureza híbrida do contrato e da vulnerabilidade dos planos com menos de 30 (trinta) beneficiários, a rescisão deve ser devidamente motivada, incidindo a legislação consumerista.

Desde março de 2020 está em pauta na Segunda Seção do STJ o Tema nº 1047, tendo como questão submetida a julgamento a validade de cláusula contratual que admite a rescisão unilateral, independente de motivação idônea, do plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 (trinta) beneficiários. Foram selecionados três recursos para análise do Tema: REsp n. 1.856.311/SP, REsp n. 1.847.071/SP e REsp 1.841.692/SP. Até a presente data, os três Recursos encontram-se conclusos para decisão do Ministro Raul Araújo.

2 NEGATIVA DE ATENDIMENTO MÉDICO PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

⁷³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no Agravo em Recurso Especial nº 1.132.794-SP. Quarta Turma. Rel. Min. Raul Araújo. Julgado em 12 de março de 2019, DJe 20/03/2019.

⁷⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Divergência em REsp nº 1.692.594-SP. Segunda Seção. Relator Min. Marco Aurélio Bellizze. Julgado em 12 de fevereiro de 2020, DJe 19/02/2020..

A segunda parte deste trabalho trata da negativa de cobertura pelas operadoras quando o tratamento indicado pelo médico assistente não está elencado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (ROL) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Observa-se que um grupo de decisões entende que o referido Rol é taxativo e todos os tratamentos que não estiverem presentes nele não devem ser cobertos pelas operadoras; por outro lado temos decisões que entendem que o Rol é meramente exemplificativo e que somente o médico pode definir o melhor tratamento para o paciente em questão.

No primeiro ponto deste capítulo, o trabalho apresenta a disciplina normativa e doutrinária sobre a questão; e no segundo ponto a forma como os tribunais estaduais do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo, e o Superior Tribunal de Justiça estão tratando a matéria.

2.1 Disciplina normativa e doutrinária

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei nº 9.961 de 2000 como o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência à saúde suplementar. O inciso III do Art. 4º da referida Lei afirma que compete à ANS “elaborar o rol de procedimento e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656”.

Tal rol é definido pela Agência como sendo o garantidor do direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde e contempla os procedimentos indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde⁷⁵. Esse rol seria uma lista completa de procedimentos que, obrigatoriamente, devem ser cobertos pelos planos ofertados pelas operadoras cuja definição “leva em consideração fatores como efetividade, custo e segurança”⁷⁶.

Em relação à cobertura dos planos de saúde, a Lei 9.656 de 1998 divide os planos em duas espécies: plano de referência e planos segmentados. O Art. 10 da referida Lei afirma que o plano-referência de assistência à saúde é aquele que garante o atendimento médico-

⁷⁵ Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O que é o Rol de Procedimentos e Evento em Saúde**. Definição apresentada no site da ANS. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1/o-que-e-o-rol-de-procedimentos-e-evento-em-saude#:~:text=O%20Rol%20de%20Procedimentos%20e%20Eventos%20em%20Sa%C3%BAde%20garante%20o,e%20acompanhamento%20de%20doen%C3%A7as%20e>. Acesso em: 03 de agosto de 2021.

⁷⁶ PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, p. 150.

ambulatorial e hospitalar a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados pela a Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), facultando a oferta, a contratação e a vigência dos planos por segmentação. Este plano-referência “consiste em espécie contratual de oferecimento obrigatório por todas as operadoras de planos de saúde”⁷⁷.

Além do plano-referência, as operadoras podem dispor de planos segmentados, que nada mais são do ramificações do plano-referência⁷⁸, os quais a ANS divide em: 1. Ambulatorial; 2. Hospitalar sem obstetrícia; 3. Hospitalar com obstetrícia; 4. Exclusivamente odontológico; 5. Referência. Para cada segmento a Agência descreve no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde quais são os tratamentos que são obrigatórios às operadoras de saúde prestarem aos seus contratantes⁷⁹.

Importante salientar que a segmentação da cobertura “não exclui a obrigatoriedade de abrangência de todas as doenças catalogadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mas sim apenas limita o rol de modalidades de procedimentos que serão disponibilizados/custeados pela operadora”⁸⁰. Gomes cita como exemplo de rol de procedimentos o fato de que um plano contratado como exclusivamente ambulatorial não terá a cobertura para uma internação hospitalar, sendo obrigatório a todos os segmentos de planos de saúde prover a assistência para quaisquer doenças previstas na Classificação Internacional de Doenças (CID)^{81/82}.

Em 2003 a Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) ingressou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade do referido Art. 10 entre outros da Lei dos Planos de Saúde (ADI nº 1.931), sob a afirmação de que não seria razoável a cobertura irrestrita de todas as doenças elencadas pela Organização Mundial da Saúde em função de um possível encarecimento dos planos de saúde. A decisão do Supremo Tribunal

⁷⁷ GOMES, Josiane Araújo. *Contratos de planos de saúde – a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde*. 2ª Ed. Editora Mizuno: 2020, p. 115.

⁷⁸ PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, p. 116.

⁷⁹ Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Segmentação Assistencial**. Definição apresentada no site a ANS. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/segmentacao-assistencial>. Acesso em: 05 de agosto de 2021.

⁸⁰ GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de planos de saúde – a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde**. 2ª Ed. Editora Mizuno: 2020, p. 211.

⁸¹ *idem*, p. 148.

⁸² N.M.S, Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1.401 de 1993: Art. 1º As empresas de seguro-saúde, empresas de medicina em grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas de qualquer natureza. Disponível em: http://coeso.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Resolucao_CFM_n_1401_de_1993_-_Qualidade_no_atendimento_medico.pdf Acesso em: 16 de agosto de 2021.

Federal (STF), de 07 de fevereiro de 2018, é de que o Art. 10 da Lei 9.656/1998 é constitucional sob o seguinte fundamento:

Verifica-se, mediante a leitura do diploma impugnado, ter o legislador atentado para o objetivo maior do Estado: proporcionar vida gregária segura e com o mínimo de conforto suficiente a satisfazer valor maior – a preservação da dignidade do homem. Excluiu-se da cobertura, entre outros, medicamentos não nacionalizados, bem como tratamentos experimentais e aqueles com finalidade estética, evitando a imposição de ônus excessivo aos prestadores de serviços. Foram incluídos, porém, aspectos básicos dos atendimentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico e odontológico, sem os quais a prestação seria incompleta, onerando demasiadamente o consumidor. É impróprio arguir a falta de razoabilidade da obrigação de o plano de saúde abranger todas as enfermidades especificadas na Classificação Estatística Internacionais de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde.

(...)

A promoção da saúde, mesmo na esfera privada, não se vincula às premissas do lucro, sob pena de ter-se inclusive, ofensa à isonomia, consideradas as barreiras ao acesso aos planos de saúde por parte de pacientes portadores de moléstias graves. A atuação no lucrativo mercado de planos de saúde não pode ocorrer à revelia da importância desse serviço social, reconhecida no artigo 197 do Texto Maior.

(...)

Percebam, na redação do preceito constitucional, ser inviável afirmar que a regulamentação dos planos de saúde transfere ao particular dever do Estado. O dispositivo admite a execução de ações de saúde por entidades privadas, mediante regulamentação, controle e fiscalização do Poder Público.

Foi exatamente atendendo a esse comando maior que o legislador editou os dispositivos atacados. Fez-se necessário estabelecer parâmetros objetivos para a prestação dos serviços, inexistentes no modelo anterior. Interpretação em sentido contrário afasta a coerência do sistema, que impõem a tutela estatal e o fornecimento de serviços privados de acordo com as finalidades da Carta da República.⁸³

Em 2018 a ANS editou a Resolução Normativa n° 439 que dispõe sobre o processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos, afirmando que a cada dois anos ocorrerão atualizações no referido Rol. Importante salientar as diretrizes elencadas na Resolução para atualização:

- a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país;
- as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças;
- o alinhamento com as políticas nacionais de saúde;
- a utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde – ATS;
- a observância aos princípios da saúde baseada em evidências – SBE; e
- a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

Em 24 de fevereiro de 2021 a ANS aprovou a Resolução Normativa (RN) n° 465/2021 com a última atualização no Rol. O Art. 2° da RN afirma:

⁸³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 1.931. Tribunal Pleno. Rel. Min. Marco Aurélio. Julgado em: 7 de fevereiro de 2018. Acórdão eletrônico DJe 113. Publicado em: 8 de junho de 2018.

Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

A partir do Art. 17 há na Normativa a autorização para que o plano de referência exclua os seguintes procedimentos, entre outros:

- tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, afirmado que estes seriam os tratamentos que empregam medicamentos, produtos ou técnicas não registrados ou não regularizados no país, além daqueles que fazer uso *off-label*⁸⁴ de medicamentos, produtos ou tecnologia.

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

- inseminação artificial;

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

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

- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

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

- tratamentos ilícitos ou antiéticos.

Além dessa regulamentação sobre as coberturas dos planos de saúde, a ANS possui a Instrução Normativa (IN) nº 23 de 2009 que apresenta em seu anexo I todas as cláusulas contratuais obrigatórias. Chianca Jr. e Catena Jr. entendem que a intervenção estatal através da ANS é tamanha no setor de planos de saúde que não poderíamos considerar a atuação das

⁸⁴ Medicamento *off-label*: para serem comercializados no país todos os medicamentos precisam passar por uma aprovação na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Nesse processo de aprovação o medicamento recebe uma bula, na qual consta todas as utilizações aprovadas. Mesmo após a aprovação de determinado medicamento para determinado tratamento de uma doença, pesquisas continuam acontecendo e o medicamento pode demonstrar vantagens de uso de forma diversa daquela aprovada inicialmente. A qualquer momento os laboratórios podem solicitar à ANVISA a aprovação do novo uso, porém, enquanto não ocorre essa aprovação, caso algum médico entenda que deva utilizar em determinado paciente o medicamento, ele será considerado um medicamento *off-label*. GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de planos de saúde – a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde**. 2ª Ed. Editora Mizuno: 2020, p. 215.

operadoras de planos de saúde livre⁸⁵. Os autores sustentam que as operadoras de planos de saúde incluem nos seus contratos somente as regras impostas pelo órgão regulador:

O rigor da exigência da Agência Reguladora neste aspecto é tão grande que, se o leitor interessado fizer um cotejo entre as cláusulas do contrato/regulamento de um plano de saúde e o que consta no Anexo I da IN 23/2009 da ANS (de fácil acesso em www.ans.gov.br), perceberá que as cláusulas do contrato/regulamento do plano de saúde são apenas cópias daqueles dispositivos que a ANS escreveu/determinou (impostas unilateralmente pelo agente regulador, e não pela operadora de planos de saúde).⁸⁶

A regulação da ANS possui um alto grau de intervenção, isso ocorre muito por conta da importância social do tema visto o grande número de pessoas que contratam planos e seguros de saúde, e o Anexo I da IN n° 23/2009 regula além das cláusulas contratuais os procedimentos obrigatórios a constar no contrato⁸⁷. Tal Instrução Normativa estabelece, entre outras determinações, as normas sobre os procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento dos registros de determinados produtos junto à ANS, e no seu Art. 16 afirma: “A operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do Contrato/Regulamento contendo os temas de acordo com as orientações do Manual de Elaboração de Contratos de Planos de Saúde, Anexo I desta Instrução Normativa”. Observa-se que a Agência possui um Manual de Elaboração de Contratos que deve ser seguido obrigatoriamente pelas operadoras, e que a desobediência leva a aplicação de sanções administrativas⁸⁸.

Importante, ainda, frisar que se encontra no Judiciário uma enorme quantidade de ações para discutir o conteúdo dos contratos, contratos esses que são, como afirmado anteriormente, cópias do determinado pela ANS. É fundamental que no processo de regulamentação da atividade econômica não se despreze os efeitos econômicos inerentes à mencionada forma do contrato, “devendo harmonizar os interesses sociais e econômicos envolvidos”, além disso, quando o juiz ou regulador fixam ‘nova obrigação’, determinada com efeitos pretéritos, como por exemplo, estabelecendo coberturas que não estão presentes na lei

⁸⁵ CHIANCA JR., Nildeval; CATENA JR., Osvaldo José. Operadoras de planos de saúde: vilãs da sociedade ou vítimas do sistema? In: Revista de Direito da Saúde Suplementar. Quartier Latin: 2020, Ano 4, n°4, p. 250.

⁸⁶ Idem, p. 251/252.

⁸⁷ LACERDA, Maurício Andere Von Bruck. Breves reflexões sobre a intervenção estatal nos contratos privados de plano de saúde. In: Revista de Direito da Saúde Suplementar. Quartier Latin: 2017, Ano 1, n° 1, p. 27; N.M.S Art. 21, § 1° da IN n° 23/2009: § 1° Irregularidade contratual, irregularidade na rede de prestadores, irregularidade assistencial ou irregularidade econômico-financeira na operação do produto, ensejará a suspensão temporária do registro do produto para fins de comercialização ou disponibilização, bem como de todos os registros de produtos que apresentarem a mesma irregularidade, até que seja corrigida, conforme disposto no artigo 21 da RN n° 85, de 2004, e suas posteriores alterações.

⁸⁸ SILVA, José Luiz Toro da. Planos de Saúde: Limites ao poder de regular. São Paulo: Quartier Latin. 2017. p. 142.

ou na regulação no momento da contratação, não são levados em conta os cálculos atuariais feito naquele momento^{89/90}.

Entende Toro da Silva que quando as decisões judiciais ampliam o Rol de Procedimentos de Saúde elencados pela ANS para além daquilo regulamentado, “determinando coberturas que não têm previsão legal e que não integram o cálculo atuarial dos planos de saúde”, baseadas no princípio da dignidade humana, elas esquecem de ponderar outros princípios, também elencados na Constituição Federal, como os da livre iniciativa, livre concorrência e legalidade. Para o autor, tais decisões judiciais estariam “criando uma norma própria, nova, que será aplicada a uma situação pretérita, sem qualquer participação da sociedade”^{91/92}.

Opinião contrária tem Josiane Araújo Gomes que afirma ser abusiva a negativa de cobertura que venha a impedir que o beneficiário do plano de saúde tenha o melhor tratamento para sua doença, pois tal conduta “impede o médico responsável pelo tratamento de eleger a alternativa que melhor convém à cura do paciente”⁹³. Para Vianna “o usuário de um plano de saúde deve obter acesso a um conjunto mínimo de coberturas capaz de salvaguardar o cuidado à saúde, de forma transparente, eficaz e eficiente”⁹⁴.

⁸⁹ Idem, p. 189/190.

⁹⁰ N.M.S.: LACERDA, Maurício Andere Von Bruck. Breves reflexões sobre a intervenção estatal nos contratos privados de plano de saúde. In: Revista de Direito da Saúde Suplementar. Quartier Latin: 2017, Ano 1, nº 1, p. 35 “O alto grau de intervenção exercido pela agência reguladora no momento que precede a contratação – e especial no tocante à prévia definição do conteúdo dos modelos contratuais comercializados pelos agentes econômicos ofertantes de referidos serviços – não pode ser desconsiderado *a posteriori*, por parte dos tribunais, por ocasião da interpretação das cláusulas neles contidas sob o fundamento de se tratarem de contratos de adesão de natureza consumerista. Em tal contexto, considerando que a intervenção estatal é fortemente exercida pelos órgãos competentes em momento anterior à contratação, faz-se necessário atentar para a indispensável observância dos elementos de caráter técnico e jurídico afetos à referida relação, de forma a atender ao interesse público e preservar o equilíbrio econômico-financeiro de tais contratos, na medida em que referidos fatores foram levados em consideração pelos operadores, por ocasião da idealização dos serviços e do seu oferecimento aos consumidores em geral”.

⁹¹ SILVA, José Luiz Toro da. Planos de Saúde: Limites ao poder de regular. São Paulo: Quartier Latin. 2017. p. 188.

⁹² N.M.S, PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. P. 142: “É preciso não perder de vista que, se de um lado o consumidor tenciona a tutela da garantia do direito à saúde para alcançar a cobertura de algum procedimento, não se pode olvidar que os instrumentos contratuais têm natureza essencialmente econômica e securitária, envolvendo questões atuariais, de mutualidade, onerosidade, solidariedade e aleatoriedade, exigindo-se do julgador, não só a análise dos direitos do beneficiário à luz da Constituição Federal, da Lei n. 9.656/98 e do CDC, mas, também a aplicação dos princípios da ordem constitucional econômica e uma adequada análise econômica do direito”.

⁹³ GOMES, Josiane Araújo. Contratos de planos de saúde – a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde. 2ª Ed. Editora Mizuno: 2020, p. 207.

⁹⁴ VIANNA, Eliane Gonçalves. Agência Nacional de Saúde Suplementar: uma Regulação Social, Técnica, Econômica e Concorrencial. In: Revista de Direito da Saúde Suplementar. Quartier Latin: 2019, Ano 3, nº 3, p. 18.

Além disso, a expectativa do consumidor ao contratar um plano de saúde é de que terá integral assistência quando adoecer. Tais cláusulas restritivas, que “impeçam o restabelecimento da saúde em virtude da espécie de doença sofrida, atentam contra a expectativa legítima do consumidor”⁹⁵.

Quando somente uma das partes limita o risco assumido e quando estamos diante de dois interesses antagônicos, de um lado a operação econômica cujo equilíbrio deve ser preservado e de outro o direito fundamental de preservação da saúde e da vida, cabe a função social do contrato ser o limitador da autonomia privada das operadoras de planos de assistência à saúde⁹⁶. Essa busca pelo reequilíbrio contratual perdido⁹⁷, quando quem impõe as cláusulas contratuais limita os tratamentos que serão utilizados para reestabelecer a saúde e a vida do beneficiário, restabelece no contrato a sua função social esperada⁹⁸.

Por outro lado, Oliveira entende que a fundamentação das decisões judiciais que abarcam compromissos não regulados pelo contrato, estando elas baseadas na defesa do consumidor, acabam por não desenvolver, propriamente, o que seria uma violação da função social do contrato⁹⁹. O que não é observado pelo referido autor é que a função social do contrato tem um objetivo “ultrassubjetivo”, que são “as razões de ordem econômico-sociais do negócio, sua repercussão e interesse social, com vistas ao bem-estar e ao desenvolvimento”¹⁰⁰.

O papel da função social do contrato é, ao lado do Código de Defesa do Consumidor, intervir quando houver uma desfuncionalização do contrato, protegendo o ente mais fraco da

⁹⁵ PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, p. 149.

⁹⁶ Idem, p. 156.

⁹⁷ Conforme afirma Gisele Mazzoni Welsch: “é autorizada a interferência jurisdicional no contrato para adequá-lo aos justos contornos de uma relação jurídica equilibrada considerando-se, à toda evidência, os interesses daqueles que estão sendo afetados negativamente pelo negócio avençado”. WELSCH, Gisele Mazzoni, **A interpretação integrativa e a revisão judicial dos contratos**. Disponível em: <http://giselewelsch.com.br/static/arquivos-publicacoes/Artigo%206%20-%20A%20interpretacao%20integrativa%20e%20a%20revisao%20judicial%20dos%20contratos.pdf>. Acesso em 16 de outubro de 2021.

⁹⁸ Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer entende ainda que estaria sendo violado o inciso IV, § 1º do Art. 51 do CDC, afirmando que: “Há desvirtuamento da natureza do contrato quando uma só das partes limita o risco, que é assumido integralmente pela outra. Enquanto os contratantes assumem integralmente o risco de eventualmente pagarem a vida inteira o plano e jamais beneficiarem-se dele, a operadora apenas assume o risco de arcar com os custos de tratamento de determinadas doenças, normalmente de mais simples (e, conseqüentemente, barata) solução. Portanto, restringir por demais, a favor do fornecedor, o risco envolvido no contrato, implicaria contrariar a própria natureza aleatória do mesmo, infringindo, assim, as normas do inciso IV, § 1º do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor.” In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. *Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999. p. 81.

⁹⁹ OLIVEIRA, André Furtado. **Questionamentos acerca da aplicação indiscriminada da função social do contrato: uma análise do impacto nos contratos de plano de saúde**. Revista de Direito Privado, vol. 79, julho de 2017, p.59

¹⁰⁰ SILVESTRE, Gilberto Fachetti. **A Responsabilidade Civil pela Violação à Função Social do Contrato**. São Paulo: Almedina, 2018, p. 127.

relação contratual, como afirma Gerson Branco ao definir que os limites “são estruturais da própria liberdade e atuam para impedir que o contrato seja desvirtuado em sua finalidade econômico-social, reprimindo condutas quando uma das partes exerce supremacia injustificada sobre a outra”¹⁰¹. E a função social e econômica do contrato de plano de assistência à saúde é a garantia do interesse legítimo do consumidor/beneficiário em relação a riscos predeterminados¹⁰², quais sejam: manutenção e prevenção da saúde do usuário quando este adoecer.

E mais, o Art. 35-F da Lei dos Planos de Saúde afirma:

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

Observa-se que o Art. 35-F da Lei dos Planos de Saúde vai de encontro à Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS. O primeiro afirma a busca pela reabilitação da saúde, empreendendo todos os esforços necessários; a segunda afirma que o Rol de procedimento é taxativo, autorizando uma busca à reabilitação com esforços limitados. Temos aqui duas regras conflitantes, a primeira que seria mais ampla e abarcaria qualquer tipo de tratamento (exceto aqueles proibidos pela própria Lei) e a segunda mais restritiva, que abarcaria somente os procedimentos e tratamentos elencados na Normativa.

Uma das formas de resolver a questão sobre qual norma prevalece em relação a outra é aplicando a pirâmide normativa de Kelsen¹⁰³, a qual afirma que lei ordinária está acima de Portarias, Instruções Normativas e Resoluções. Desta forma, dever-se-ia aplicar a Lei 9.656/1998 e não a regra da RN 465/2021. Além disso, a LPS criou um microsistema de proteção aos usuários de planos de assistência à saúde¹⁰⁴ cujo objetivo é, exatamente, proteger o usuário na busca pelo reestabelecimento da sua saúde.

Em uma interpretação integradora do contrato de plano de saúde, pode-se observar que a norma contida no Art. 35-F busca o fim que ambos os contratantes tinham ao firmarem o

¹⁰¹ BRANCO, Gerson Luiz Carlos. **Função Social dos Contratos: interpretação à luz do Código Civil**. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 219 e 235.

¹⁰² MIRAGEM, Bruno. **O Contrato de Seguro e os Direitos do Consumidor**. Revista de Direito do Consumidor, vol. 76, out-dez/2010, p.246.

¹⁰³ KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito: introdução à problemática científica do direito. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006. p. 38/39. N.M.S, Art. 59 da Constituição Federal: **Art. 59**. O processo legislativo compreende a elaboração de: **I** - emendas à Constituição; **II** - leis complementares; **III** - leis ordinárias; **IV** - leis delegadas; **V** - medidas provisórias; **VI** - decretos legislativos; **VII** - resoluções.

¹⁰⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.733.013 – PR. 4ª Turma. Rel. Min. Luis Felipe Salomão. Julgado em 10/12/2019; DJe 20/02/2020.

contrato¹⁰⁵: a busca pela preservação da vida e o reestabelecimento da saúde do beneficiário. Por outro lado, a norma contida na RN nº 465/2021 limita os tratamentos, não permitindo que o médico efetue o tratamento mais adequado àquele paciente, observando as condições individuais de cada caso.

Importante observar que a lei não veda a estipulação de cláusula limitativa ou de exclusão de cobertura, podendo as operadoras de planos de saúde estabelecer quais doenças estarão cobertas, sempre obedecendo a Classificação Internacional de Doenças (CID) elencado pela OMS, “porém, não pode definir que tipo de procedimento médico-hospitalar será adotado para a respectiva cura”¹⁰⁶. Sendo fundamental que tal cláusula esteja com sua redação em destaque e que seja de fácil compreensão pelos consumidores, em respeito ao Art. 54, §4º do CDC¹⁰⁷.

2.2 Análise das decisões

Este capítulo tem por objetivo analisar o posicionamento de três tribunais estaduais: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo, além do posicionamento do Superior Tribunal de Justiça em relação a negativa das operadoras de saúde em relação aos tratamentos que não estão listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (ROL) da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Utilizando a mesma metodologia do capítulo anterior, a busca nos sites dos Tribunais foi por decisões com o marcador de busca “negativa de plano de saúde” ou “rol ans”, dessa forma foram encontradas as seguintes decisões:

Tribunal	Decisões
TJRS	168
TJRJ	49

¹⁰⁵ Luís Renato Ferreira da Silva entende que a revisão de cláusulas abusivas “será feita de modo que o contrato seja implementado (via interpretação integradora), permitindo-se um reequilíbrio que conduza ao fim que ambos os contratantes se dispuseram a alcançar quando firmaram o contrato”. SILVA, Luís Renato Ferreira da. **Revisão dos contratos: do Código Civil ao Código do Consumidor**. Rio de Janeiro: Forense, 1998. p. 150

¹⁰⁶ GOMES, Josiane Araújo. Contratos de planos de saúde – a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde. 2ª Ed. Editora Mizuno: 2020, p. 206.

¹⁰⁷ Art. 54, § 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

TJSP	265
------	-----

Após a leitura das decisões, passou-se a análise individual dos Tribunais. Iniciando pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, observou-se que o referido Tribunal possui duas súmulas que tratam sobre indicação médica e negativas dos planos de saúde:

Súmula 96 - Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento.

Súmula 102: 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 da ANS.

Em diversos julgados do Tribunal paulista é afirmado que “se há cobertura para a doença, não há razão para excluir-se os procedimentos prescritos”¹⁰⁸, conforme descrito na Súmula 102 do referido Tribunal.

Ademais, aplicam o Código de Defesa do Consumidor e afirmam que há violação dos direitos do consumidor quando o contrato abarca a doença mas a operadora pretende decidir quais os procedimentos podem ser utilizados:

¹⁰⁸ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1013561-19.2020.8.26.0602. Primeira Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Jose Eduardo Marcondes Machado. São Paulo, 09 de abril de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1000721-46.2019.8.26.0073. Primeira Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Jose Eduardo Marcondes Machado. São Paulo, 17 de abril de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2001305-53.2021.8.26.0000. Segunda Câmara de Direito Privado. Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 26 de abril de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1006581-07.2019.8.26.0565. Sexta Câmara de Direito Privado Rel. Des. Enéas Costa Garcia. São Paulo, 24 de maio de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1024220-65.2020.8.26.0577. Segunda Câmara de Direito Privado. Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 26 de maio de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1116671-22.2019.8.26.0100. Segunda Câmara de Direito Privado. Rel. Des^a Hertha Helena de Oliveira. São Paulo, 26 de maio de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1022872-22.2019.8.26.0100. Sexta Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Enéas Costa Garcia. São Paulo, 10 de maio de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001435-62.2020.8.26.0431. Nona Câmara de Direito Privado. Rel. Des^a Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 14 de junho de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001943- 94.2021.8.26.0100. Nona Câmara de Direito Privado Rel. Des^a Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 14 de junho de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001924-88.2021.8.26.0100. Segunda Câmara de Direito Privado Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 21 de junho de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1004794-86.2020.8.26.0506. Nona Câmara de Direito Privado Rel. Des^a. Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 25 de junho de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1000551-95.2021.8.26.0011. Sétima Câmara de Direito Privado. Rel. Des^a. Mary Grün. São Paulo, de 28 de junho 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1010101-60.2020.8.26.0008. Nona Câmara de Direito Privado. Rel. Des^a. Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 05 de julho de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2099300-66.2021.8.26.0000. Segunda Câmara de Direito Privado. Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 22 de julho de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2104613-08.2021.8.26.0000. Segunda Câmara de Direito Privado. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 27 de julho de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001855-17.2019.8.26.0459. Primeir Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Luiz Antonip de Godoy. São Paulo, 02 de agosto de 2021; SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1006948-97.2021.8.26.0100. Décima Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Jair de Souza. São Paulo, 07 de agosto de 2021.

Admitir absoluta vinculação à tabela da ANS significaria privar os consumidores de todos os avanços da ciência médica, o que se mostra abusivo e violador do contrato firmado, esvaziando seu conteúdo, ferindo a boa-fé contratual e as normas de proteção do consumidor, constituindo tal cláusula estipulação abusiva¹⁰⁹.

Mesmo quando não é possível a aplicação direta do CDC, por se tratar de entidade de autogestão¹¹⁰, os julgados analisados afirmam que deve-se aplicar as regras gerais do Código Civil previstas nos artigos 421 a 424, sendo a boa-fé e a função social do contrato “suficientes para afastar as cláusulas excessivamente onerosas, ou das quais não teve exata ciência uma das partes”¹¹¹.

O fundamento está na quebra das legítimas expectativas do contratante do plano de assistência que o contrata acreditando que estará coberto o tratamento para as doenças elencadas no contrato, sendo que quebra a função social do contrato a operadora que negar tratamento “apenas porque não expresso em rol ou listagem de procedimentos, de caráter meramente exemplificativo/orientador”¹¹².

Em outro julgado, observa-se que o entendimento é de que devem as operadoras de saúde compatibilizarem os custos envolvidos nos tratamentos médicos, buscando o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, mas isso não pode significar que seja permitido à operadora escolher o tratamento médico e passar por cima de decisão do médico assistente, fundamentada nas peculiaridades por ele avaliadas no caso do paciente específico.

Afinal de contas, a função socialmente buscada pelo contrato de plano de assistência à saúde é “assegurar o uso dos meios possíveis e adequados à preservação da vida e saúde do paciente”¹¹³, conforme consubstanciado na Lei dos Planos de Saúde, em seu Art. 35-F:

Negar um tratamento possível ao usuário apenas porque não está, naquele momento, inserido no rol ou preenche requisito específico, é negar-lhe o direito aos avanços

¹⁰⁹ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1006581-07.2019.8.26.0565. Sexta Câmara de Direito Privado. Rel. Enéas Costa Garcia. São Paulo, 24 de maio de 2021.

¹¹⁰ No Brasil a Lei 9.656/1998 permite que os planos de saúde privados sejam efetivados em três modalidades: I. medicina em grupo (constituída por empresas que administram planos de saúde que podem ser comercializados tanto para pessoas físicas quanto para pessoas jurídicas); II. Cooperativa médica (os médicos prestadores de serviços são os sócios da cooperativa e recebem por seu atendimento individual e os lucros das unidades); III. Planos próprios de empresas ou autogestão (planos próprios das empresas, sindicatos ou associações ligadas a trabalhadores, que administram por si mesmas os planos, não podendo negociá-los no mercado). Frente a esta divisão, o STJ editou a Súmula 608 que afirma: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

¹¹¹ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1000721-46.2019.8.26.0073. Primeira Câmara de Direito Privado. Rel. Des. José Eduardo Marcondes Machado. São Paulo, 17 de abril de 2021.

¹¹² SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001943- 94.2021.8.26.0100. Nona Câmara de Direito Privado. Rel. Des^a Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 14 de junho de 2021.

¹¹³ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001435-62.2020.8.26.0431. Nona Câmara de Direito Privado. Rel. Des^a Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 14 de junho de 2021.

tecnológicos e científicos da medicina, contrariando as legítimas expectativas de contratos contínuos e de longa duração, como o são os contratos de saúde¹¹⁴.

No mesmo sentido do Tribunal de Justiça de São Paulo, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro editou súmula em referência a negativa de tratamento médico:

Sumula nº 340: Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento da doença coberta pelo plano.

Indo este Tribuna além, ao editar a Súmula nº 211:

Súmula nº 211: Havendo divergência entre o seguro saúde contratado e o profissional responsável pelo procedimento cirúrgico, quanto à técnica e ao material a serem empregados, a escolha cabe ao médico incumbido de sua realização.

As decisões ora analisadas afirmam que se deve interpretar as cláusulas contratuais em conjunto com as normas do CDC e observando a função social do contrato de plano de saúde, qual seja: a de dar assistência médica quando o contratante necessitar de cuidados para a manutenção de sua saúde e sua vida¹¹⁵. Mesmo quando houver dúvida quanto a aplicação ao caso concreto, a ideia da função social do contrato é ser uma diretriz para que o juiz busque qual a função que aquele instrumento contratual está se propondo a cumprir.

Ademais, as decisões afirmam que o rol de procedimentos da ANS é meramente exemplificativo, “servindo apenas como referência para os planos de saúde privados e indicando a listagem mínima de cobertura obrigatória, a qual não pode servir para impor limitações aos direitos do usuário”¹¹⁶.

Interessante é um julgado do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul no qual a operadora de plano de saúde afirma que, apesar de estar no Rol de Procedimentos obrigatórios da ANS o beneficiário do plano não se encaixava na diretriz oficial para aplicação do tratamento, sem efetuar qualquer prova em contrário. O julgado afirma que essa decisão sobre

¹¹⁴ Idem.

¹¹⁵ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação nº 0134748-39.2015.8.19.0001. Vigésima Sexta Câmara Civil. Rel. Des^a Natacha Nascimento Gomes Tostes Gonçalves de Oliveira. Rio de Janeiro, 21 de agosto de 2020.

¹¹⁶ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação no 0205381-70.2018.8.19.0001. Quinta Câmara Civil. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 04 de novembro de 2020; RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 0037060-64.2017.8.19.0209. Quinta Câmara Civil. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 19 de março de 2021; RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 0162729-04.2019.8.19.0001. Quinta Câmara Civil. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 24 de junho de 2021. RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 0025782-32.2018.8.19.0209. Quinta Câmara Civil. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 20 de maio de 2021. RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação nº 0075456-50.2020.8.19.0001. Quinta Câmara Civil. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 2020.

a escolha do tratamento cabe única e exclusivamente ao médico assistente do paciente e não à operadora¹¹⁷.

Os demais julgados do Tribunal gaúcho coadunam com as decisões dos Tribunais paulista e fluminense ao afirmarem que os contratos de planos de assistência à saúde podem estabelecer quais moléstias terão cobertura, mas não lhes cabe decidir qual a forma de tratamento destas moléstias, sendo esta incumbência do médico assistente¹¹⁸.

Na Apelação Civil nº 70077092567, a decisão afirma que o rol de procedimentos não é taxativo, mas apenas elenca os procedimentos mínimos que devem ser postos à disposição dos beneficiários, não sendo possível o argumento de que o referido rol “serve de parâmetro para a precificação dos valores das contraprestações pecuniárias dos contratos regulamentados, sob pena de quebra do equilíbrio econômico-financeiro do contrato”. Além disso, a norma regulamentadora da ANS não pode se sobrepor à Lei dos Planos de Saúde, que em seu Art. 10 dispõe sobre quais procedimentos podem não ser abarcados pelo contrato, nem ao Código de Defesa do Consumidor¹¹⁹.

Os casos que chegam à Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça estão sendo decididos de forma distinta pela Terceira e Quarta Turma. A primeira afirma que o rol de procedimentos da ANS é meramente exemplificativo e que os planos de saúde devem custear os tratamentos indicados pelo médico atendente. Por seu turno, a Quarta Turma a partir do julgado paradigmático (REsp nº 1.733.013-PR) passou a entender que o rol é taxativo e deve ser respeitado.

A Terceira Turma da 2ª Seção do STJ firmou posicionamento no sentido de que as seguradoras podem definir em cláusula contratual quais doenças estarão abarcadas pelo

¹¹⁷ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Inominado Nº 71006099287. Segunda Turma Recursal Cível. Rel. Desª Vivian Cristina Angonese Spengler. Porto Alegre, 04 de julho de 2016.

¹¹⁸ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70071244735. Quinta Câmara Cível. Re. Des. Jorge André Pereira Gailhard. Porto Alegre, 30 de novembro de 2016. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70072784523. Quinta Câmara Cível. Rel. Des. Jorge André Pereira Gailhard. Porto Alegre, 31 de maio de 2017. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70063528467. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Sylvio José Costa da Silva Tavares. Porto Alegre, 09 de junho de 2016. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70075290882. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Sylvio José Costa da Silva Tavares. Porto Alegre, 23 de novembro de 2007. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação civil nº 70078316593. Quinta Câmara Cível. Rel. Des. Jorge André Pereira Gailhard. Porto Alegre, 29 de agosto de 2018. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70078508405. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 14 de março de 2019. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação civil nº 70080179591. Sexta Câmara Cível. Rel. Desª Marlene Marlei de Souza. Porto Alegre. 13 de junho de 2019. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação civil nº 70081462954. Sexta Câmara Cível. Rel Desª Marlene Marlei de Souza. Porto Alegre, 29 de agosto de 2019.

¹¹⁹ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70077092567. Quinta Câmara Cível. Rel. Desª Lusmary Fatima Turelly da Silva. Porto Alegre, 29 de agosto de 2018.

contrato, porém não podem estabelecer qual o tratamento médico que será efetuado na busca pelo reestabelecimento da saúde do beneficiário:

[...] uma vez estabelecido que determinada enfermidade encontra-se incluída na cobertura, não cabe a prestadora do serviço de saúde definir quais tratamentos e medicamentos devem ou não ser autorizados, porquanto a finalidade que se busca é a cura do segurado, ou seja, embora não haja vedação legal à inserção de cláusulas restritivas em contratos de consumo, a limitação não pode ser tal que descumpra obrigações fundamentais inerentes à própria natureza da avença, já que faz parte da legítima expectativa do consumidor, que mantém contrato de prestação de serviços de plano de assistência médica, que o mesmo venha a receber toda a assistência necessária à recuperação de sua saúde¹²⁰.

Por outro lado, a Quarta Turma da Segunda Seção do STJ, em julgado que teve a participação de diversos *amicus curiae*, entre eles a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria Nacional do Consumidor, a Associação Brasileira de Planos de Saúde, o Ministério Público Federal, decidiu pela taxatividade do rol de procedimentos.

Inicialmente, faz-se oportuno elencar os argumentos apresentados pelos *amicus curiae* no julgado. A ANS afirma que admitir que o rol é meramente exemplificativo gera um quadro de incerteza sobre quais riscos a operadora está cobrindo, resultando em uma precificação inadequada e um aumento considerável dos preços dos produtos. Além disso, haveria um esvaziamento da atuação da autarquia como órgão regulador estatal.

A flexibilização desmedida do rol acaba por prestigiar invariavelmente a opinião de um médico em detrimento da robusta análise técnica feita pela ANS no processo de atualização periódica, o que, em boa medida compromete a credibilidade da regulação implementada pela Agência, e, com isso, todo o cuidado projetado na adoção de critérios.

Assim também argumentou o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor: “Tratar o Rol como meramente exemplificativo multiplicaria de forma exponencial a probabilidade de cobertura de procedimentos não previstos, sem aferição adequada de impacto econômico e sem demonstração de sua segurança e/ou efetividade”. Para o Departamento o impacto do Rol ser exemplificativo seria um aumento dos preços dos contratos para o consumidor e a respectiva exclusão de alguns grupos de atendimento, gerando uma sobrecarga no sistema público de saúde.

No mesmo sentido se posicionou o Instituto Brasileiro de Atuária, ao afirmar que:

¹²⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo em Recurso Especial nº 1.448.210 – RJ. Terceira Turma. Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino. Julgado em 21/03/2019, DJe 27/03/2019.

Os produtos regulamentados e adaptados, registrados e precificados pelos atuários, consideram o Rol de Procedimentos definido pela ANS, com cobertura obrigatória que devem ser abrangidas nos contratos de planos de saúde, de forma expressa e taxativa.

[...]

Sendo assim, é razoável afirmar que a demanda por tratamentos não previstos no produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar não são considerados pelo atuário no momento de realizar o cálculo de precificação do plano de saúde.

Por seu turno, a Federação de Saúde Suplementar entende pela taxatividade do Rol e afirma que a expressão “cobertura mínima obrigatória” se trata de um limitador ao mínimo que deverão oferecer as operadoras, sendo proibido que elas comercializem produtos com abrangência menor do que a que contém no Rol de Procedimentos. Para a Federação “se o plano de referência de assistência à saúde tivesse que assegurar a cobertura a todo e qualquer procedimento, não haveria motivo nem razão para a referência a uma cobertura mínima”.

Por outro lado, o Instituto de Defesa do Consumidor afirma que o beneficiário do plano de saúde possui a legítima expectativa de que ao adoecer tenha a cobertura do melhor tratamento médico para o seu reestabelecimento e que, se não houver a expressa exclusão da doença no contrato, a recusa da operadora em custear o tratamento é abusiva. O Instituto entende que o conteúdo da Resolução Normativa da ANS deve ser interpretado de forma harmônica com as demais normas, quais sejam, a Lei dos Planos de Saúde e os princípios de proteção ao consumidor.

No mesmo sentido opina a Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde ao afirmar que a atualização do rol da ANS não acompanha o desenvolvimento técnico diário da medicina e que o interesse das operadoras pela taxatividade do rol se dá por razões meramente financeiras.

O Ministério Público Federal também coaduna da opinião de que se há cobertura para a doença não cabe à operadora do plano de saúde definir o tratamento adequado ao paciente, e, sim, ao médico assistente.

A decisão, por fim, afirma que não é abusiva a cláusula limitativa de tratamento ao rol da ANS, sendo este considerado taxativo, entendendo que a solução encontrada pelo legislador para harmonizar a relação contratual, o direito do consumidor e Lei dos Planos de Saúde foi, exatamente, o rol da ANS.

O argumento está no fato de que a Lei incumbe a ANS a definição do rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica¹²¹, e que:

¹²¹ Lei nº 9.961/2000; Art. 4º, III: elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 07 de julho de 2021.

Diante desse cenário, por um lado, não se pode deixar de observar que o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar o direito à saúde, em preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo representaria, na verdade, negar a própria existência do “rol mínimo” e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população¹²².

O rol seria o responsável por proporcionar às operadoras de planos de saúde uma previsibilidade econômica e ainda, o parágrafo único do Art. 421 do CC, adicionado pela Lei nº 13.784/2019, afirmar que prevalecerão, nas relações contratuais privadas, o princípio da intervenção mínima e a excepcionalidade da revisão contratual.

Outro argumento levantado no julgado trata-se do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, visto que todo contrato de seguros se baseia no mutualismo e que é feito um cálculo atuarial baseado nas informações prestadas pelo contratante e no escopo de cobertura da operadora.

Os planos e os seguros de saúde possuem natureza mutualista e securitária, devendo ter seus preços baseados em cálculos atuariais e tendo como função econômica socializar o risco entre os usuários¹²³. A operadora faz os cálculos baseados na idade dos usuários, pressupõe um volume de gastos médicos e hospitalares pelo grupo e divide esse valor pelo número total de usuários que compõe o grupo¹²⁴. Dessa forma, se um usuário utilizar muito o plano de saúde e outro usuário utilizar pouco há um equilíbrio na prestação do plano e, os valores pagos por ambos são iguais. Este cálculo atuarial tem por objetivo manter o equilíbrio entre o valor das mensalidades e o serviço que a operadora se propõe a prestar¹²⁵.

Nesse sentido o contrato põe em confronto dois valores antagônicos¹²⁶: de um lado a operação econômica, ou seja, a operadora recebendo o valor da mensalidade ou prêmio, que são calculados conforme a probabilidade daquele usuário usar o serviço; e de outro a

¹²² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.733.013 – PR. Quarta Turma. Rel. Min. Luis Felipe Salomão. Julgado em 10/12/2019; DJe 20/02/2020..

¹²³ COELHO, Fábio Ulhoa. Contratos. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 340-341.

¹²⁴ SETAT Serviços Técnicos e Atuariais. A Base atuarial dos planos de saúde. Disponível em: https://silo.tips/queue/a-base-atuarial-dos-planos-de-saude?&queue_id=1&v=1634411832&u=MTc3LjEyLjQxLjQ0, em 16 de outubro de 2021.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ PASQUALOTTO, Adalberto. MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (Coords.). Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 47-48.

preservação da saúde do usuário, que terá acesso a atendimento médico/hospitalar conforme o plano contratado, sendo fundamental a busca pelo equilíbrio dessas prestações¹²⁷.

Em relação à função social do contrato, a decisão entende que “os contratos passam a ser concebidos em termos econômicos e sociais, consoante propugna a teoria preceptiva” e por conta da mutualidade do contrato de seguro, deve-se sempre primar pelo equilíbrio econômico-financeira dessa operação. Ao ampliar o rol de procedimentos o Poder Judiciário estaria favorecendo um único usuário, que passaria a ter acesso ao procedimento não abarcado no Rol, porém poderia, dessa forma, prejudicar o universo de usuários caso a seguradora não tenha recursos para arcar com os demais custos.

Frente a isto, entende o acórdão que o rol deve ser taxativo, pois, assim, haveria previsibilidade econômica necessária para a efetiva precificação dos planos e seguros de saúde no Brasil.

Após este julgado a Terceira Turma se manifestou no sentido de reafirmar seu posicionamento de que o Rol de Procedimentos é meramente exemplificativo. Tal julgado apresenta como controvérsia a validade da cláusula contratual que prevê a exclusão de cobertura de hemodiálise em um contrato anterior a Lei nº 9.656/1998 e com entidade de autogestão.

O STJ possui uma súmula (Súmula 608) que afirma que não se aplica o Código de Defesa do Consumidor em contratos de plano de saúde geridos por entidades de autogestão. A ideia central de não aplicar o Código de Defesa do Consumidor é porque esses planos não são oferecidos no mercado consumidor em geral, mas somente para os funcionários da empresa que patrocina o plano, constituindo um sistema fechado¹²⁸. Esse tipo de plano tem como principal objetivo a diminuição do custo, “tendo em vista que não visam ao lucro e evitam despesas de intermediação”¹²⁹.

O fundamento da decisão está na aplicação direta da função social do contrato, visto que, apesar de não se aplicar o CDC, não se afastam a função social do contrato e a dignidade da pessoa humana, “princípios que não se coadunam com a possibilidade de interrupção/negativa de tratamento para doenças cuja cobertura tenha sido expressamente contratada”¹³⁰.

¹²⁷ MIRAGEM, Bruno. SALOMÃO, Luis Felipe; TARTUCE, Flávio (Orgs.). Direito civil: diálogos entre a doutrina e a jurisprudência. São Paulo: Atlas, 2018, p. 299-310.

¹²⁸ GOMES, Josiane Araújo. Contratos de planos de saúde – a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde. 2ª Ed. Editora Mizuno: 2020, p. 122.

¹²⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.774.203-RS. Terceira Turma. Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. Julgado em: 19 de outubro de 2020, DJe 22/10/2020.

¹³⁰ Idem, ibidem.

No caso, a paciente teve a cobertura durante sua internação para tratamento de doença renal crônica e quando obteve a alta hospitalar recebeu a negativa de continuidade de tratamento ambulatorial do plano. Para a decisão a interrupção do tratamento é

flagrantemente contrária à função social do contrato de plano de saúde, pois o escopo desse contrato é oferecer assistência à saúde para as doenças cobertas contratualmente, de modo que a recusa de cobertura de parte do tratamento impede que o contrato atinja a sua função social.

Além disso, a operadora afirma não haver previsão da hemodiálise no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da ANS, alegação afastada pelo juízo de origem, o qual afirma: “ainda, em consulta ao rol atualizado da ANS, verifico que a hemodiálise está dentre os procedimentos obrigatórios a serem cobertos, não cabendo de plano a limitação da técnica empregada”. Mas, mesmo que tal procedimento não estivesse no rol, a decisão afirma que “cabe destacar que a jurisprudência desta Turma se orienta no sentido de que o referido rol de procedimento é meramente exemplificativo”.

Para a Terceira Turma do STJ “a conclusão pela obrigatoriedade de cobertura tem por fundamento central a função social do contrato de plano de saúde, não somente a abusividade da recusa, de modo que a não aplicação do Código de Defesa do Consumidor às entidades de autogestão não socorre à recorrente nesse aspecto”. E, assim, reafirmam o posicionamento desta Turma pela não taxatividade do rol de procedimentos da ANS¹³¹.

No momento está em pauta na 2ª Seção do STJ o julgamento dos Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP sob Relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão para unificar o entendimento das referidas Turmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o sistema de saúde público superlotado e com a precarização dos atendimentos via SUS, a busca por resguardo nos planos privados aumenta, porém, os consumidores também

¹³¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no Recurso Especial no.1882975/SP. Terceira Turma. Julgado em: 14/09/2020. DJe 17/09/2020. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no Agravo em Recurso Especial no. 1597527/DF. Terceira Turma. Rel. Ministro Paulo De Tarso Sanseverino. Julgado em 24/08/2020, DJe 28/08/2020. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no Agravo em Recurso Especial no. 1673739 – SP. Terceira Turma. Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze. Julgado em 19/10/2020, DJe.

têm suas limitações financeiras e acabam contratando aqueles planos cujo desembolso mensal seja menor.

Essa busca pode ser por planos empresariais (mesmo que com poucos beneficiários) ou por planos individuais/familiares que acabam tendo cobertura menor e, por consequência, menor custo.

Ao longo do desenvolvimento deste Trabalho pode-se observar a importância e relevância do tema. Ambos os casos estão em análise para unificação da jurisprudência: (i) a rescisão unilateral está sendo tratada no Tema 1047; (ii) a taxatividade do Rol da ANS está em pauta para resolução de Embargos de Divergência.

Observa-se que em ambos os grupos de julgados o STJ se utiliza da função social do contrato para fundamentar as decisões. A Corte Superior afirma que a função social do contrato de plano de saúde é manter a vida e restabelecer a saúde. Sendo aplica a função social dos contratos ora como diretriz hermenêutica para decidir em um sentido ou outro quando há dúvida, ora como instrumento de integração na interpretação dos contratos, e, ainda, atenuando o conteúdo de cláusulas contratuais por conta da disparidade de forças.

Em relação ao primeiro capítulo deste trabalho, observa-se que nem nos Tribunais Estaduais nem na Corte Superior é mencionado o Art. 7º da RN nº 432/2017 que obriga as operadoras a apresentarem motivação no caso de rescisão contratual em contratos com empresários individuais. E que apesar de não usarem o termo *terzo contratto* o que o STJ faz é aplicar a teoria de que na relação contratual analisada uma empresa é vulnerável em relação a outra.

Se em relação a rescisão unilateral a Corte é uníssona ao afirmar que a função social do contrato de plano de saúde é permitir acesso à saúde privada, protegendo o vulnerável da relação contratual, negando às operadoras que venham a resilir unilateralmente o contrato sem uma justificativa idônea; por outro lado a Corte se divide em relação à taxatividade do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

A Terceira Turma mantém o fundamento de que a funcionalização desse contrato é a busca pela manutenção da saúde, permitindo que a leitura do Rol seja meramente exemplificativa e, com isso, amplie o acesso à tratamentos indicados pelo médico assistente. Por seu turno, a Quarta Turma, ao afirmar ser taxativo o rol sob o fundamento de que a nova redação do Art. 421 do Código Civil indica a mínima intervenção jurisdicional, valora de forma igual o direito a saúde e o equilíbrio econômico/financeiro do contrato, afirmando que fere a função social do contrato quando amplia o rol de procedimentos para favorecer um único usuário.

Observa-se o quanto é fundamental a unificação da jurisprudência, pois, como pode-se ver ao longo do trabalho, os tribunais estaduais possuem entendimentos contrários. Em relação a rescisão unilateral os Tribunais gaúcho e fluminense entendem ser plenamente possível, por conta da liberdade contratual, que as operadoras venham a rescindir o contrato com empresas com menos de 30 beneficiários. Por seu turno, o Tribunal paulista está alinhado com as decisões da Corte Superior que entendem não ser possível tal rescisão unilateral por parte das operadoras sem motivação idônea. Em relação ao capítulo 2 deste trabalho, observa-se que a discordância encontra-se na 2ª Seção do STJ: a terceira turma, cujos Tribunais inferiores aqui analisados acompanham o entendimento, entende que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS é meramente exemplificativo e que quem deve decidir qual o melhor tratamento a ser aplicado é o médico assistente; por outro lado, a quarta turma entendeu a partir de dezembro de 2019 pela taxatividade do Rol. Em prol da segurança jurídica, torna-se importantíssimo que o Superior Tribunal de Justiça unifique seu entendimento em relação aos dois pontos aqui analisados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 15 de maio de 2021.

_____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 15 de maio de 2021.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 de maio de 2021.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 25 de abril de 2021.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 07 de julho de maio de 2021.

_____. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. **Institui o Código Civil.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 15 de maio de 2021.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Histórico.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 25 de abril de 2021.

_____. Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008. **Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI4NA==>. Acesso em: 12 de março de 2021.

_____. Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009. **Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ10A==>. Acesso em: 12 de março de 2021.

_____. Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012. **Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI4Mg==>. Acesso em: 17 de julho de 2021.

_____. **Busca de Legislação.** Disponível em: https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao. Acesso em: 17 de julho de 2021.

_____. **Dados e Indicadores do Setor.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 26 de abril de 2021.

_____. **Exposição de Motivos – Proposta de Resolução Normativa – Reajuste dos Contratos Coletivos com menos de 30 beneficiários – Agrupamento de Contratos.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20120731_cp48_motivos.pdf. Acesso em: 03 de julho de 2021.

_____. **O que é o Rol de Procedimentos e Evento em Saúde.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1/o-que-e-o-rol-de-procedimentos-e-evento-em-saude#:~:text=O%20Rol%20de%20Procedimentos%20e%20Eventos%20em%20Sa%C3%BAde%20garante%20e,e%20acompanhamento%20de%20doen%C3%A7as%20e>. Acesso em: 03 de agosto de 2021.

Associação Brasileira de Planos de Saúde – Abramge. **Exposição de motivos para a publicação da resolução normativa que dispõe sobre a contratação de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais por empresários individuais.** Disponível em: https://abramge.com.br/portal/images/REGULAMENTACAO/cp64_exposicao_de_motivos.pdf. Acesso em: 25 de junho de 2021.

BRANCO, Gerson Luiz Carlos. **Função Social dos Contratos: interpretação à luz do Código Civil.** São Paulo: Saraiva, 2009.

CHIANCA JR., Nildeval; CATENA JR., Osvaldo José. **Operadoras de planos de saúde: vilãs da sociedade ou vítimas do sistema?** In: Revista de Direito da Saúde Suplementar. Quartier Latin: 2020, Ano 4, nº4.

COELHO, Fábio Ulhoa. **Contratos.** 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução.** Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp->

<content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 06 de setembro de 2021.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.401 de 1993**. Disponível em: http://cooeso.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Resolucao_CFM_n_1401_de_1993_-_Qualidade_no_atendimento_medico.pdf. Acesso em 16 de agosto de 2021.

GARBI, Carlos Alberto. **“Il Terzo Contratto” – Surge uma nova categoria de contratos empresariais?** Consultor Jurídico. Publicado em 30 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-jul-30/direito-civil-atual-il-terzo-contratto-categoria-contratos-empresariais#author>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

GARBI, Carlos Alberto. **Os contratos paritários na Teoria Geral dos Contratos - Uma visão crítica**. Migalhas. Publicado em 4 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/novos-horizontes-do-direito-privado/335834/os-contratos-paritarios-na-teoria-geral-dos-contratos---uma-visao-critica>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

GITTI, Gregorio. **Il terzo contratto. L’abuso di potere contrattuale**. Bolonha: Società editrice il Mulino, ed. e-book. 2012. ISBN: 978-8815125255.

GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de planos de saúde – a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde**. 2ª Ed. Editora Mizuno: 2020.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde – a ótica da proteção do consumidor**. 4ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito: introdução à problemática científica do direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006. Tradução: J. Cretella Jr. e Agnes Cretella.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. **Princípios sociais dos contratos no CDC e no novo código civil**. Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/7868-7867-1-PB.htm>. Acesso em 28 de junho de 2021.

MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999. p. 81.

MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIM, Antônio Herman; MIRAGEM, Bruno. **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2019. Livro eletrônico, ISBN 978-85-5321-378-8.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor – O novo regime das relações contratuais**. 9ª Ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Livro Eletrônico, ISBN 978-85-5321-428-0.

MIRAGEM, Bruno. **O Contrato de Seguro e os Direitos do Consumidor**. Revista de Direito do Consumidor, vol. 76, out-dez/2010, p. 239-276.

MIRAGEM, Bruno. SALOMÃO, Luis Felipe; TARTUCE, Flávio (Orgs.). **Direito civil: diálogos entre a doutrina e a jurisprudência**. São Paulo: Atlas, 2018.

MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. **Tratado de Direito Privado**. 3ª Ed. 2ª Reimpressão. São Paulo: Revista dos Tribunais. Parte Especial Tomo XLV – **Direito das Obrigações: Contrato de Transporte. Contrato de Parceria. Jogo e Aposta. Contrato de Seguro. Seguro Terrestres, Marítimos, Fluviais, Lacustres e Aeronáuticos**. Título L, capítulo 1, § 4.911.

OLIVEIRA, André Furtado. **Questionamentos acerca da aplicação indiscriminada da função social do contrato: uma análise do impacto nos contratos de plano de saúde**. Revista de Direito Privado, vol. 79, julho de 2017, p.49-81.

OLIVEIRA, Amanda Flávio de. **Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98): Dez anos depois**. Revista de Direito do Consumidor, vol. 67, jul.-set. 2008, p. 50-61.

PACANARO, Armando Wesley. **Aplicabilidade do princípio da função social nos contratos de seguro-saúde e planos de saúde**. Revista de Direito do Consumidor, v. 105, mai.-jun. 2016, p. 155-173.

PASQUALOTTO, Adalberto. MARQUES, Claudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (Coords.). **Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

POLIDO, Walter A. **Da limitação da autonomia privada nas operações de seguros: coletivização dos interesses – nova perspectiva social e jurídica do contrato de seguro**. Doutrinas Essenciais Obrigações e Contratos, v. 3, jun. 2011, p. 521-558.

SCHULMAN, Gabriel. **Planos de Saúde – Saúde e Contrato na Contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

SILVA, José Luiz Toro da. **Planos de Saúde: Limites ao poder de Regular**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

SILVA, Luís Renato Ferreira da. **Revisão dos contratos: do Código Civil ao Código do Consumidor**. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

SILVESTRE, Gilberto Fachetti. **A Responsabilidade Civil pela Violação à Função Social do Contrato**. São Paulo: Almedina, 2018.

Serviços Técnicos e Atuariais. **A Base atuarial dos planos de saúde**. Disponível em: https://silo.tips/queue/a-base-atuarial-dos-planos-de-saude?&queue_id=-1&v=1634411832&u=MTc3LjEyLjQxLjQ0, em 16 de outubro de 2021.

VIANNA, Eliane Gonçalves. **Agência Nacional de Saúde Suplementar: uma Regulação Social, Técnica, Econômica e Concorrencial**. In: Revista de Direito da Saúde Suplementar. Quartier Latin: 2019, Ano 3, n° 3, p. 18.

WELSCH, Gisele Mazzoni. **A interpretação integrativa e a revisão judicial dos contratos**. Disponível em: <http://giselewelsch.com.br/static/arquivos-publicacoes/Artigo%206%20-%20A%20interpretacao%20integrativa%20e%20a%20revisao%20judicial%20dos%20contratos.pdf>. Acesso em: 16 de outubro de 2021.

APÊNDICE

LISTA DE JULGADOS

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 1.931. Requerente: Confederação Nacional de Saúde - Hospitais Estabelecimentos e Serviços – CNS. Intimados: Presidente da República e Congresso Nacional. Rel. Min. Marco Aurélio. Tribunal Pleno. Julgado em: 7 de fevereiro de 2018. Acórdão eletrônico DJe 113. Publicado em: 8 de junho de 2018. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=14968742>. Acesso em: 23 de junho de 2021.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgRg no RECURSO ESPECIAL nº 1.541.849-DF. Agravante: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda. Agravado: Remo Comercial de Equipamentos Ltda – Me. Quarta Turma. Relator Min. Raul Araújo. Julgado em 15 de outubro de 2013, DJe 09/11/2015. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201501619211&dt_publicacao=09/11/2015. Acesso em: 03 de março de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.701.600-SP. Recorrente: Notre Dame Intermédica Saúde S.A Terceira. Recorrido: Zito Braga da Silva – Me. Terceira Turma. Relatora Min. Nancy Andrighi. Julgado em 06 de março de 2018, DJe 09/03/2018. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201702544167&dt_publicacao=09/03/2018. Acesso em: 03 de março de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.553.013-SP. Recorrente: Estratégias Nacionais Consultoria em Relações Corporativas Ltda. Recorrido: Amil Assistência Médica Internacional S.A. Terceira Turma, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 13 de março de 2018, DJe 20/03/2018. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201502162821&dt_publicacao=20/03/2018. Acesso em: 03 de março de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1.762.230-SP. Recorrente: Unimed Seguros Saúde S/A. Recorrido: Camila de Almeida Camacho. Terceira Turma. Rel. Min. Nancy Andrighi. Julgado em 12 de fevereiro de 2019, DJe 15/02/2019. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201502162821&dt_publicacao=20/03/2018. Acesso em: 03 de março de 2021

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no Agravo em Recurso Especial nº 1.132.794-SP. Agravante: Notre Dame Intermédica Saúde S.A. Agravado: Miguel Canaa Ferraz – Me. Quarta Turma. Rel. Min. Raul Araújo. Julgado em 12 de março de 2019, DJe 20/03/2019. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201701668040&dt_publicacao=20/03/2019. Acesso em: 03 de março de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Divergência em REsp nº 1.692.594-SP. Embargante: Mau-Mau Comercio de Calçados Ltda – EPP. Embargado: Amil Assistência Médica Internacional S.A. Segunda Seção. Relator Min. Marco Aurélio Bellizze. Julgado em 12 de fevereiro de 2020, DJe 19/02/2020. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201702057434&dt_publicacao=19/02/2020. Acesso em: 03 de março de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo em Recurso Especial nº 1.448.210 – RJ. Agravante: Vision Med Assistência Médica Ltda. Agravado: Iolanda de Carvalho Sarmento. Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino. Terceira Turma. Julgado em 21/03/2019, DJe 27/03/2019. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201900490362&dt_publicacao=02/08/2019. Acesso em: 12 de março de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.733.013 – PR. Recorrente: Victoria Teixeira Bianconi. Recorrido: Unimed de Londrina Cooperativa de Trabalho Médico. 4ª Turma. Rel. Min. Luis Felipe Salomão. Julgado em 10/12/2019; DJe 20/02/2020. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201800740615&dt_publicacao=20/02/2020. Acesso em: 12 de março de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp nº 1.774.203-RS. Agravante: Caixa de Assistência Dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul. Agravado: Sandra Regina Ribeiro De Oliveira. Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. Terceira Turma. Julgado em: 19 de outubro de 2020, DJe 22/10/2020. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201802715296&dt_publicacao=10/03/2021. Acesso em: 12 de março de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no REsp 1882975/SP. Agravante: Associação Padre Albino Saúde. Agravado: Maria Aparecida Pereira. Rel. Ministro Moura Ribeiro. Terceira Turma. Julgado em: 14/09/2020. DJe 17/09/2020. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202001654137&dt_publicacao=17/09/2020. Acesso em: 12 de março de 2021;

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no AREsp 1597527/DF. Agravante: Amil Assistência Médica Internacional S.A Agravado: R V D I (MENOR). Rel. Ministro Paulo De Tarso Sanseverino, Terceira Turma. Julgado em 24/08/2020, DJe 28/08/2020. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201903003123&dt_publicacao=28/08/2020. Acesso em: 12 de março de 2021;

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no Agravo Em Recurso Especial No 1673739 – SP. Agravante: Unimed de São Carlos - Cooperativa de Trabalho Médico. Agravado: L DE J G (MENOR). Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze. Terceira Turma. Julgado em 19/10/2020, DJe. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202000552694&dt_publicacao=26/10/2020. Acesso em: 12 de março de 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70079464749. Apelante: Mirage Representações e Consultoria Ltda Me. Apelado: Unimed Porto Alegre - Soc Coop Trabalho Médico Ltda. 6ª Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 14 de março 2019. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70063161202. Apelante: Unimed Porto Alegre - Soc Coop Trabalho Médico Ltda. Apelado: Pintaude e Ferreira Ltda. 6ª Câmara Cível, Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 14 de julho de 2016. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70068661222. Apelante: Taciane Sperb Sonnemann. Apelado: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda. 6ª Câmara Cível. Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 29 de setembro de 2016. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70065782682. Apelante/Recorrido/Adesivo: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda. Recorrente/Adesivo/Apelado: Adão Antônio da Silva. 6ª Câmara Cível. Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 29 de setembro de 2016. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70074048539. Apelante: Viviane da Rocha Sagaz. Apelado: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda. 6ª Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 20 de julho de 2017. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70071096804. Apelante: Andreia da Silva Silveira e outros. Apelado: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda. 6ª Câmara Cível, Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 26 de outubro de 2017. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70073958233. Apelante: Sucessão de Felix Henrique de Nadal Almeida e outros. Apelado: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda. 6ª Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto, Porto Alegre,

28 de setembro de 2017. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70080672124, Apelante: METAGRAF Industria de embalagens Ltda., Nestor Menegat, Pedro Henrique Paludo, Luiz Eduardo Paludo e outros. Apelado: Unimed Nordeste – RS – Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda. 5ª Câmara Civil. Rel. Des.^a Lusmary Fatima Turelly da Silva. Porto Alegre, 05 de maio de 2019. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Inominado Nº 71006099287. Recorrente: Pro Salute Serviços Para a Saúde Ltda. Recorrido: Nelson Valim Trespach. Segunda Turma Recursal Cível. Rel. Des.^a Vivian Cristina Angonese Spengler. Porto Alegre, 04 de julho de 2016. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70071244735. Apelante: Associação Dr. Bartholomeu Tacchini. Apelado: Eli Ana Crescente de Mello. Quinta Câmara Cível. Re. Des. Jorge André Pereira Gailhard. Porto Alegre, 30 de novembro de 2016. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70072784523. Apelante: Unimed Vitoria Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. Apelado: Adolfo Gerchmann. Rel. Des. Jorge André Pereira Gailhard. Porto Alegre, 31 de maio de 2017. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70063528467. Apelante: Maria Helena Bergamaschi dos Santos. Apelado: Bradesco Seguro Saúde S. A. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Sylvio José Costa da Silva Tavares. Porto Alegre, 09 de junho de 2016.

Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70075290882. Apelante: Unimed Nordeste RS - Soc Coop Serv Médicos Ltda. Apelado: Idalino Galiotto. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Sylvio José Costa da Silva Tavares. Porto Alegre, 23 de novembro de 2007. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação civil nº 70078316593. Apelante: Pro-Salute Serviços para a Saúde Ltda. Apelado: Vanderlei Del Pizzol. Quinta Câmara Cível. Re. Des. Jorge André Pereira Gailhard. Porto Alegre, 29 de agosto de 2018. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70078508405. Apelante: Bradesco Saúde S.A., Beatriz Bohrer Do Amaral e Sucessão de Ney Mario Brasil do Amaral. Apelado: Bradesco Saúde S.A., Beatriz Bohrer Do Amaral e Sucessão de Ney Mario Brasil do Amaral. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 14 de março de 2019. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação civil nº 70080179591. Apelante: Central Nacional Unimed; Rodrigo Luis dos Santos. Apelado: Central Nacional Unimed; Rodrigo Luis dos Santos. Sexta Câmara Cível. Rel. Des^a Marlene Marlei de Souza. Porto Alegre. 13 de junho de 2019. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação civil nº 70081462954. Apelante: Unimed - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. Apelado: Delcio Ranghetti Sexta Câmara Cível. Rel Des^a Marlene Marlei de Souza. Porto Alegre, 29 de agosto de 2019. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70077092567. Apelante: Unimed - Coop Serv. Saúde Vales Taquari e Rio Pardo. Apelado: Sueli Lehmkuhl. 5ª Câmara Cível. Rel. Desª Lusmary Fatima Turelly da Silva. Porto Alegre, 29 de agosto de 2018. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php. Acesso em: 03 de junho de 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO. Tribunal Federal da 2ª Região. Apelação Civil n. 0136265-83.2013.4.02.5101. Apelante: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Apelado: Autarquia de Proteção e Defesa do Consumidor do Estado do Rio de Janeiro – PROCON - RJ. Relator: Desª Vera Lúcia Lima. Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2016. Disponível em: https://www10.trf2.jus.br/consultas/?movimento=cache&q=cache:Yw91kTqygZMJ:acordaos.trf2.jus.br/apolo/databucket/idx%3Fprocesso%3D201351011362654%26coddoc%3D87139%26datapublic%3D2016-12-05%26pagdj%3D313/338+&site=v2_jurisprudencia&client=v2_index&proxystylesheet=v2_index&lr=lang_pt&ie=UTF-8&output=xml_no_dtd&access=p&oe=UTF-8. Acesso em: 30 de maio de 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 0034858-83.2018.8.19.0014. Apelante: Nilza Santos Pedro Mesquita e outros. 7ª Câmara Civil, Rel. Des. Claudio Brandão de Oliveira, Rio de Janeiro, 16 de março de 2021. Disponível em: <http://www1.tjrj.jus.br/gedcacheweb/default.aspx?UZIP=1&GEDID=00043F6B1AE41CBA019FB2BADC7BD81A4AF0C50E2E5A1015>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação nº 0134748-39.2015.8.19.0001. Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde. Apelado: Espólio de Maria Amélia Nunes Araújo Lima. Rel. Desª Natacha Nascimento Gomes Tostes Gonçalves de Oliveira. Rio de Janeiro, 21 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www4.tjrj.jus.br/EJURIS/temp/298827ac-b7b3-40a3-9e1c-155620533121.html>. Acesso em:

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação no 0205381-70.2018.8.19.0001. Apelante: Bradesco Saúde S/A. Apelado: Beatriz Rigueira Guerra Bria, representada por seu genitor Rafael Guerra Bria. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 04 de

novembro de 2020. Disponível em:
<http://www4.tjrj.jus.br/EJURIS/ProcessarConsJuris.aspx?PageSeq=0&Version=1.1.15.1>.

Acesso em: 06 de junho de 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 0037060-64.2017.8.19.0209. Apelante: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil Cassi. Apelado: Tania Ponde Weber de Araújo. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 19 de março de 2021. Disponível em: <http://www4.tjrj.jus.br/EJURIS/temp/e5fce307-15ea-412d-a1c9-e83a9c035fe4.html>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 0162729-04.2019.8.19.0001. Apelante: Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda. e Nízia Juliana Pereira Santos da Silva. Apelado: Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda. e Nízia Juliana Pereira Santos da Silva. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 24 de junho de 2021. Disponível em: <http://www4.tjrj.jus.br/EJURIS/temp/bad0a008-0067-406c-9e11-3f3c3b3a3a28.html>. Acesso em: 08 de agosto de 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 0025782-32.2018.8.19.0209. Apelante: Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda. Apelado: Arthur da Silva Leite Ribeiro Rep/P/S/Pai João Carlos Leite Ribeiro. Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 20 de maio de 2021. Disponível em: <http://www4.tjrj.jus.br/EJURIS/temp/8800cc4b-fef1-4300-8c35-ca03ee0723ec.html>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação nº 0075456-50.2020.8.19.0001. Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A. Apelado: Hélio Da Cruz Nunes Rel. Des. Milton Fernandes de Souza. Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 2021. Disponível em: <http://www4.tjrj.jus.br/EJURIS/temp/635a0692-32b2-4887-90ff-1512a475d265.html>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2193191-88.2014.8.26.0000. Apelante: Unimed Paulista Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico. Apelado: Agrimar Topografia e Comércio Ltda., Márcio Alves Monteiro e Sueli de Souza Alves Monteiro. 9ª

Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Piva Rodrigues, São Paulo, 27 de março de 2015. Disponível em: Acesso em: 08 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1011110-93.2014.8.26.0161. Apelante: Amanda Beatriz Fernandez. Apelado: Qualicorp Administradora de Benefícios S/A e outra. 4ª Câmara de Direito Privado. Rel. Des Milton Carvalho. São Paulo, 14 de maio de 2015. Disponível em: https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=8464156&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_50c571ddf60e477b910d53e631733ec5&g-recaptcha-response=03AGdBq27p2_tvBWgJC0rv9utEIzt11aNkQ4mYh7pUhwggGlllG6rff1E51hK5nQG-XEsvPejSwj4e94y60ROILUWsgmelt4RyXaNsqvAFBs01aTZ0nxEcTV2BfRfpfDOXA7xdqG-BEUKUCT_3aHEiQFxFptvUJp1Dlw3VNP0fbTYXbl1AISFAXMIMWqSch1EDI0qaf5emgXRD6H_Aw28LT5JPT10Q-Vju2JkM6gCL8j_VLm5vwK5guhcnqhNeQA8tZNIq7d4xPLrSfxIoDrjRrk4xXxtINdQ45H5evcQW8CfkKQ7fQgVdX9ZtsZVa4Qeq34KjcP0NL6jTswlKYn-nuC0dnHTpkBSoYvZzJpWdr4aOgcSTo5cJRJgx9utpBdUQiJx_FO7VJX8TIpHmrvnC6C2id tY-MD1pAzyGpayuMNugmDpHqvIJ_LRjIKCpzBKZreXuAcFndI. Acesso em: 08 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1023403-33.2014.8.26.0602. Apelante: Intermédica Sistema de Saúde S/A. Apelado: Mateus Batista de Lima e Cia Ltda. 7ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Rômolo Russo. São Paulo, 25 de outubro de 2016. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=9919749&cdForo=0>. Acesso em: 08 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1009989-82.2020.8.26.0011. Apelante: Sul América Seguro Saúde S.A. Apelado: Takara & Filho Ltda. 5ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Ericksin Gavazza Marques. São Paulo, 13 de maio de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14627288&cdForo=0>. Acesso em: 08 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1049445-97.2019.8.26.0100. Apelante: Ana Maria Baldy. Apelado: Klima Administradora e Corretora de Seguros e Benefícios Ltda e

outros. 6ª Câmara de Direito Privado, Rel. Desª Ana Maria Baldy. São Paulo, 20 de maio de 2021. Disponível em:

<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14645318&cdForo=0>. Acesso em: 08 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1013353-71.2020.8.26.0008. Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde. Apelado: Perzana Investimentos e Participações Ltda. 7ª Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Rômulo Russo. São Paulo, 21 de julho de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14836610&cdForo=0>. Acesso em: 25 de agosto de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1033377-48.2014.8.26.0100. Apelante: Plasac Plano de Saúde Ltda. Apelado: Karisma's Transportes e Representação Ltda. Me. 8ª Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Silvério da Silva. São Paulo, 4 de novembro de 2016.

Disponível em:

https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=9950450&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_f8fd06f537234b88ae61933125d887aa&g-recaptcha-response=03AGdBq24nbsQidoE4tuwEZn0S1-XPkKjVfFngZUJjkev9WSXP_F7lowjsv9gtTvNBNeotBbOjhRUuhdKzsazif7OqgPYgddI32rH30kjZ2kmB72S8iv7iqUS5HBnj6p26eTXwq-vegugEm_DsOL11nzJUI9k19LJUO3E4JD3M4WZ2KZT_6110xFKtBikWuwOCCg7M0eOacvIWGM52VFfg67g7v9Og9_Mj3eYnNmPigS1rqLvXxlJJWwcvnlCKco_TVIGsKKcFJ6xvabXsxZ93lg80Tc4J5_PQTCqLoDOz1aPog1SotdyJXKIyA04BWMc9h-Qp8TcNctt54CqmskH9W1k4qK0y4Nzf4bYb8qOujIWTZz5PgmO15Y1Dm0pNzzJh6ffvzfU3av906QCyEXB_r721Gdb8o5a-8rqZDHLbC0QaMWTmIvBXiPWC-XhH1Si_IsEv2M3FLOPLafXQGRZj0OeGQC2O-eq61JxvvDMc-O0Xk4yaaq8DJiQ77SqSM9vIPTCdO4_2c11vnaRt4y-tc1a6wv9s9DNZQ. Acesso em: 08 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1091305-78.2019.8.26.0100. Apelante: BRADESCO SAÚDE S/A. Apelado: Odair Gomes Fernandes e outro. 6ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Vito Guglielmi. São Paulo, 2 de junho de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14692820&cdForo=0>. Acesso em: 25 de agosto de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1013561-19.2020.8.26.0602. Apelante: Andressa Soares da Silva e Notre Dame Intermédica Sistema de Saúde S/A. Apelado: Andressa Soares da Silva e Notre Dame Intermédica Sistema de Saúde S/A. Rel. Des. Jose Eduardo Marcondes Machado. São Paulo, 09 de abril de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14529311&cdForo=0>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1000721-46.2019.8.26.0073. Apelante: S.P.A. Saúde Sistema de Promoção Assistencial. Apelado: Guilherme Ornelas Aredes Pereira. Rel. Des. Jose Eduardo Marcondes Machado. São Paulo, 17 de abril de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14551291&cdForo=0>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2001305-53.2021.8.26.0000. Agravante: Sul América Companhia de Seguro Saúde. Agravado: : M. G. de O. (menor representada). Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 26 de abril de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14570889&cdForo=0>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1006581-07.2019.8.26.0565. Apelante: Sul América Companhia de Seguro e Saúde S/A e Associação do Sanatório Sírio - Hospital do Coração. Apelado: Silvana Pontara Nunes. Rel. Des. Enéas Costa Garcia. São Paulo, 24 de maio de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14656481&cdForo=0>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1024220-65.2020.8.26.0577. Apelante: Unimed de São Jose dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico. Apelado: Felipe Del Corso Castilho (menor representado) e Ludmila Araújo Del Corso Castilho (representando menor). Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 26 de maio de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14665409&cdForo=0>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1116671-22.2019.8.26.0100. Apelante: Care Plus Medicina Assistencial Ltda. Apelado: Alice Vinhal Lemos e Isis Vinhal Lemos. Rel. Des^a Hertha Helena de Oliveira. São Paulo, 26 de maio de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14665873&cdForo=0>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1022872-22.2019.8.26.0100. Apelante: Central Nacional Unimed-cooperativa Central. Apelado: Ana Paula Cardoso dos Santos. Rel. Des. Enéas Costa Garcia. São Paulo, 10 de maio de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14710234&cdForo=0>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001435-62.2020.8.26.0431. Apelante: Unimed Bauru - Cooperativa de Trabalho Médico. Apelado: Kátia Cilene Cantarin Emer. Rel. Des^a Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 14 de junho de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14719936&cdForo=0>. Acesso em: 08 de agosto de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001943- 94.2021.8.26.0100. Apelante: Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo – CABESP. Apelado: Isabel do Carmo Prado Tamburi. Rel. Des^a Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 14 de junho de 2021. Disponível em: https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=14719978&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_932b8963ec1c4500a5429ef6cf2229c4&g-recaptcha-response=03AGdBq27ZHbljN7pBA3Qiatjp9IprDDHBl0JofosdBiv18d4UpMOr0-s1rX3mHIG2jGrbwEc7Wdb6TKODNFAFKbUW6_8CFIJ-2BHHkaVWFwE0w_XVRgAYiCX5CnsH3NVVdsWbjvKoXp8KyRDqoMfi9yuewen5z8VrCKMbH82rjP_xCVQ0c6KhxYmLftgcwhlgr5Lj0DRCIvccNxJ4Zj0hqr_D63bxZY2mxBmakW76ifow8vscHW15hlkgx9hQj2tKGDAiQw_BYU6nZP4YYmPohsGzs1YyUjAsFvYJUivjurhkMxxScWikY2loAAhCGbxD8Kg55xY3C2wbiVR5MVX0yKamr7qxe4RZ2XNAW009Cjqkn_qUwbBd2LG1Jm_8jSbv9l-IUJBCVVMKcPQe9v5BbQYO60h4qIQXNtLAviOgaEbocnXw-qTF08QcX6sOBHqhoa-CeI5YEaaY3Q-pWUZ1y24-CyK1YBakxA. Acesso em: 08 de agosto de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001924-88.2021.8.26.0100. Apelante: Maria Inez Alvarez. Apelado: Amil Assistência Médica Internacional Ltda. Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 21 de junho de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14740564&cdForo=0>. Acesso em: 08 de agosto de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1004794-86.2020.8.26.0506. Apelante: Central Nacional Unimed Cooperativa Central Apelado: Arthur Batista Cicotte. Rel. Des^a Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 25 de junho de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14756592&cdForo=0>. Acesso em: 08 de agosto de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1000551-95.2021.8.26.0011. Apelante: Ângela Marina Geraldos dos Santos. Apelado: Amil Assistência Médica Internacional S/A Rel. Des^a. Mary Grün. São Paulo, de 28 de junho 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14763932&cdForo=0>. Acesso em: 08 de agosto de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1010101-60.2020.8.26.0008. Apelante: Sul América Cia de Seguro Saúde. Apelado: Berenice Basta. Rel. Des^a Mariella Ferraz de Arruda Pollice Nogueira. São Paulo, 05 de julho de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14788733&cdForo=0>. Acesso em: 08 de agosto de 2021;

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2099300-66.2021.8.26.0000. Agravante: Central Nacional Unimed. Agravado: Eduardo de França Alcalay (representado por sua genitora). Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 22 de julho de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14839661&cdForo=0>. Acesso em: 08 de agosto de 2021;

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2104613-08.2021.8.26.0000. Agravante: Unimed Fortaleza Sociedade Cooperativa Médica Ltda. Agravado: Renaldo Moreira Barreto. Rel. Des. José Carlos Ferreira Alves. São Paulo, 27 de julho de 2021.

Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14854679&cdForo=0>.
Acesso em: 08 de agosto de 2021;

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1001855-17.2019.8.26.0459. Apelante: Unimed de Bebedouro Cooperativa de Trabalho Médico. Apelado: V. V. C. (menor representado pela genitora). Rel. Des. Luiz Antonip de Godoy. São Paulo, 02 de agosto de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14878116&cdForo=0>. Acesso em: 08 de agosto de 2021;

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1006948-97.2021.8.26.0100. Recorrente: Intermédica Sistema de Saúde S.A. Recorrido: Antonio Calvet Marques. Rel. Des. Jair de Souza. São Paulo, 07 de agosto de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14896106&cdForo=0>. Acesso em: 08 de agosto de 2021.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 1006581-07.2019.8.26.0565. Apelante: Sul America Companhia de Seguro e Saúde S/A e Associação do Sanatório Sírio - Hospital do Coração. Apelado: Silvana Pontara Nunes. Rel. Enéas Costa Garcia. São Paulo, 24 de maio de 2021. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=14656481&cdForo=0> Acesso em: 07 de junho de 2021.