

**FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ - FACIMA CURSO DE DIREITO**

**RUDENISSON PEDRO DA SILVA CAVALCANTE MOURA**

**A PROTEÇÃO CONTRA CLÁUSULAS ABUSIVAS EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE: análise de decisões do Tribunal de Justiça de Alagoas.**

**MACEIÓ - AL**

**2024**

**RUDENISSON PEDRO DA SILVA CAVALCANTE MOURA**

**A PROTEÇÃO CONTRA CLÁUSULAS ABUSIVAS EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE: análise de decisões do Tribunal de Justiça de Alagoas.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Direito da Faculdade de Maceió – FACIMA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Kyvia Dannyelli Vieira dos Santos Pereira

*Kyvia Dannyelli V.S. Pereira*

**MACEIÓ - AL**

**2024**

# FICHA CATALOGTÁFICA

**RUDENISSON PEDRO DA SILVA CAVALCANTE MOURA**

**A PROTEÇÃO CONTRA CLÁUSULAS ABUSIVAS EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE: análise de decisões do Tribunal de Justiça de Alagoas.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Direito da Faculdade de Maceió – FACIMA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Kyvia Dannyelli Vieira dos Santos Pereira

**APROVADO EM                      DE                      DE                      NOTA: \_\_\_\_\_**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROFESSOR ORIENTADOR**

*Prof.<sup>a</sup> Mestranda Kyvia Dannyelli Vieira dos Santos Pereira*

---

**PROFESSOR EXAMINADOR**

---

**PROFESSOR EXAMINADOR**

**MACEIÓ - AL  
2024**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente a Deus, por me cobrir de graças e sempre me manter firme e determinado para cumprir meu papel neste mundo.

Agradeço à minha família, à minha esposa Leila Roberta e às minhas filhas Sofia Rafaela e Mariana Amélia, por estarem sempre ao meu lado.

À professora Kyvia Dannyelli pela orientação ao longo de todo o curso e pela oportunidade de dar os primeiros passos na advocacia, bem como aos demais docentes pelo conhecimento, pelas habilidades e pelos valores dispendidos na minha formação.

Aos colegas da sala pela troca de experiências e pela boa vontade em servir.

Por fim, agradeço aos amigos – em especial ao Francisco Gonzaga e ao Jorge Melo, à minha mãe, Rozilda Maria, e ao meu pai, Reinaldo Cavalcante Moura, pelos momentos de descontração durante essa jornada!

**“O bosque seria muito triste se só cantassem os pássaros que cantam melhor”**

Rabindranath Tagore

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar e destacar as questões mais comuns relacionadas à negativa de prestação de serviços nos contratos de planos de saúde, além de apontar os cuidados que devem ser adotados para garantir o atendimento dos direitos conforme a situação. Neste sentido, serão abordadas as particularidades legislativas, doutrinárias e jurisprudenciais pertinentes ao tema, com foco no cenário nacional e em casos de judicialização da saúde suplementar no estado de Alagoas, por meio de uma amostra de decisões proferidas pelo Tribunal de Justiça de Alagoas. Dada a complexidade do tema, caracterizada pela extensa regulamentação e pela divergência jurisprudencial, a tese do trabalho defende a proteção do consumidor fundamentada diretamente no Código de Defesa do Consumidor, sem desconsiderar os entendimentos jurisprudenciais do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre o rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como sobre outros temas já pacificados por alterações na Lei nº 9.656/1988 que geraram precedentes e súmulas. Desta forma, por meio do estudo da fundamentação das decisões relacionadas à judicialização dos contratos de planos de saúde, foi possível verificar que a identificação de práticas abusivas não deve se basear apenas na literalidade da cláusula redigida no contrato, mas sim considerar tanto o momento da contratação quanto a evolução científica dos processos de cura. Isso é necessário para aferir a expectativa do usuário em seu contrato e pela necessidade de atualização constante dos meios de tratamento e cura de doenças e outras patologias, características dos contratos relacionais que se renovam ao longo do tempo. A metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória da legislação, doutrina e jurisprudência, com especial atenção aos acórdãos do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas

**Palavras-chave:** Negativa, contratos, judicialização, Código de Defesa do Consumidor, Abuso.

## **ABSTRACT**

The purpose of this paper is to analyze and highlight the most common issues related to denial of services in health insurance contracts, as well as to point out the precautions that should be adopted to ensure that rights are met according to the situation. In this sense, the legislative, doctrinal and jurisprudential particularities pertinent to the subject are addressed, with a focus on the national scenario and on cases of judicialization of supplementary health in the state of Alagoas, through a sample of decisions handed down by the Alagoas Court of Justice. Given the complexity of the subject, characterized by extensive regulation and divergent case law, the thesis of the work defends consumer protection based directly on the Consumer Protection Code, without disregarding the jurisprudential understandings of the Superior Court of Justice ("*Superior Tribunal de Justiça*") on the list of procedures and events of the National Supplementary Health Agency ("*Agência Nacional de Saúde Suplementar*"), as well as on other issues already settled by changes in Law No. 9,656/1988 that have generated precedents and summaries. Thus, by studying the reasoning behind the decisions related to the judicialization of health insurance contracts, it was possible to verify that the identification of abusive practices should not be based solely on the literalness of the clause written in the contract, but should consider both the time of contracting and the scientific evolution of healing processes. This is necessary in order to gauge the user's expectations in their contract and because of the need to constantly update the means of treating and curing illnesses and other pathologies, which are characteristics of relational contracts that are renewed over time. The methodology used was exploratory research of the legislation, doctrine and case law, with special attention to the judgments of the Court of Justice of the State of Alagoas.

**Keywords:** Negative, contracts, judicialization, Consumer Protection Code, Abuse.

## **LISTA DE SIGLAS**

AC - Apelação Cível;

Ag - Agravo de Instrumento;

AgInt - Agravo Interno;

AgRg - Agravo Regimental;

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

BR - Brasil;

CC - Código Civil;

CDC - Código de Proteção e Defesa do Consumidor;

CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde;

CNJ - Conselho Nacional de Justiça;

EAg - Embargos de Divergência no Agravo;

EC - Emenda Constitucional;

EDcl - Embargos de Declaração;

NATJUS - Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário;

NIJUS - Núcleo de Interinstitucional de Judicialização da Saúde de Alagoas;

OPMEs - Órteses, Prótese e Materiais Especiais;

REsp - Recurso Especial;

RN - Resolução Normativa;

STJ - Superior Tribunal de Justiça;

TJAL - Tribunal de Justiça de Alagoas.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de novos processos de judicialização da saúde em Alagoas Fonte: JUSTIÇA, C. N. Painéis de informação DATAJUD. 2024 .....	36
Gráfico 2 -Número de casos novos de judicialização da saúde suplementar no Brasil Fonte: JUSTIÇA, C. N. Painéis de Informatização DATAJUD. 2024 .....	36
Gráfico 3 - Situação dos pedidos após a decisão de 1ª instância Fone: autor (2024). .....	38
Gráfico 4 - Situação dos pedidos após a fase recursal Fonte: autor (2024).....	39
Gráfico 5 - Fundamentação das decisões Fonte: autor (2024). .....	43

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Amostra de processos de judicialização da saúde suplementar do TJAL em 2023. Fonte: autor (2024). .....	37
Tabela 2 - Patologias judicializadas e discutidas no Tribunal de Justiça de Alagoas Fonte: autor (2024). .....	46
Tabela 3 - Teses jurídicas aplicadas aos casos judicializados no Tribunal de Justiça de Alagoas Fonte: autor (2024) .....	47

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. A NORMATIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: LEI 9.656/1998 E A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS .....</b>	<b>16</b>
1.1. A Lei Nº 9.656 De 1988 - Lei Dos Planos De Saúde .....	17
1.2. A Agência Nacional De Saúde Suplementar – ANS .....	19
<b>2. A LEI Nº 8.078 DE 1990 - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR .....</b>	<b>21</b>
<b>3. O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E A PROTEÇÃO CONTRA AS CLÁUSULAS ABUSIVAS OU DE DÚBIA INTERPRETAÇÃO.....</b>	<b>23</b>
3.1. Qual é a justificativa mais comum utilizada pelos planos de saúde para negar a cobertura do contrato? .....	27
3.2. Como a lei 9.656/98 impacta as cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde? .....	31
3.3. Quais os casos de judicialização de contratos de planos de saúde no tribunal de justiça de alagoas? .....	35
<b>4. ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
4.1. Qual a legislação e os dispositivos mais utilizados? .....	43
4.2. Quais as patologias ou medicamentos judicializados? .....	45
4.3. Quais as teses que se destacaram nos acórdãos do Tribunal de Justiça de Alagoas? .....	46
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

O tema da judicialização dos contratos de planos de saúde no Brasil vem se destacando como uma das áreas mais relevantes e complexas do direito. As relações contratuais entre operadoras e beneficiários frequentemente resultam em litígios, especialmente no que diz respeito à interpretação de cláusulas contratuais e à cobertura de procedimentos médicos. A crescente judicialização desses contratos revela a necessidade de uma análise mais detalhada sobre a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e dos pontos já pacíficos na jurisprudência sobre a proteção dos usuários de planos de saúde, especialmente contra cláusulas abusivas ou de interpretação dúbia.

Este trabalho se propõe a analisar a proteção do consumidor nos contratos de planos de saúde, com foco especial nas cláusulas contratuais classificadas como abusivas. O intuito é explorar como o Código de Defesa do Consumidor (CDC) contribui para a proteção dos direitos dos consumidores nessa matéria e de que forma o Poder Judiciário vem atuando na correção de desequilíbrios contratuais, gerados pelo decorrer do tempo e as mudanças no objeto do contrato, que comprometem o acesso à assistência médica mais adequada.

Essa questão é fundamental, considerando que muitos beneficiários, por desconhecimento de seus direitos e da regulamentação aplicável aos contratos de planos de saúde, acabam sendo prejudicados por cláusulas contratuais que deixam margem para interpretações que limitam o acesso aos tratamentos mais modernos e eficientes para a cura das patologias cobertas pelo contrato.

O objetivo principal dessa pesquisa é demonstrar como o Código de Defesa do Consumidor pode ser aplicado para reequilibrar as relações contratuais entre operadoras de planos de saúde e seus beneficiários, especialmente nos casos em que as chamadas cláusulas abusivas ou de interpretação ambígua resultam na recusa de cobertura de tratamentos. Dessa forma, pretende-se evidenciar o papel do Poder Judiciário na pacificação dessas controvérsias, por meio da análise da jurisprudência recente do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e dos acórdãos do Tribunal de Justiça de Alagoas.

A justificativa para essa pesquisa reside na importância de conhecer as regras que regem os contratos de planos de saúde e suas aplicações no contexto da negativa de cobertura de serviços. Os planos de saúde são contratados por parcela

cada vez mais significativa da população brasileira para prestar a assistência à saúde de forma privada, o que evidencia a relevância social dos serviços por eles oferecidos. Contudo, a judicialização das demandas por negativa de cobertura dos contratos é um tema amplamente discutido na sociedade.

Nesse sentido, O aumento do número de ações judiciais relacionadas à negativa de cobertura evidencia a importância de discutir a abusividade das cláusulas contratuais e a forma como essas questões têm sido tratadas pelos tribunais. Essa situação não apenas provoca a demora no início do tratamento, mas também resulta em prejuízos à saúde e insatisfação dos usuários em decorrência dos danos sofridos. Por isso, é importante mitigar as demandas no judiciário e combater os abusos.

A metodologia utilizada nesse trabalho será predominantemente qualitativa, baseada em pesquisa bibliográfica e jurisprudencial. Para a análise, foram selecionados vinte casos julgados pelo Tribunal de Justiça de Alagoas em 2023 como amostra representativa.

Essa avaliação abrangerá diversas perspectivas, incluindo alegações de ausência de cobertura contratual ou do rol da ANS, atendimentos de urgência e emergência, fornecimento de cirurgias e outros insumos complementares ao tratamento principal. O estudo também considerará a legislação aplicável, incluindo a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em confronto com o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

O trabalho está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, serão apresentados os pontos mais relevantes sobre a normatização dos planos de saúde no Brasil, com foco na legislação vigente e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O segundo capítulo tratará da proteção do consumidor no Brasil, destacando os principais dispositivos do Código de Defesa do Consumidor aplicáveis aos contratos de plano de saúde.

No terceiro capítulo, será abordada a jurisprudência sobre a negativa de prestação de serviços nos contratos de planos de saúde e a aplicação do CDC, com análise de casos relevantes julgados pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) e pelo Tribunal de Justiça de Alagoas (TJAL). Finalmente, no quarto capítulo, apresentaremos o resultado da análise feita sobre a amostra de casos julgados em 2023.

Compreender como funcionam os contratos de planos de saúde, suas cláusulas, a legislação aplicável e os entendimentos judiciais é fundamental para garantir o direito ao tratamento mais adequado, conforme a evolução do conhecimento médico-científico, visando à recuperação do paciente ou à cura da enfermidade.

Além disso, a análise da dinâmica entre os contratos de planos de saúde e as negativas de tratamento pode contribuir para a melhoria da gestão dos recursos de atendimento à saúde no Brasil, tornando esta pesquisa essencial para entender a realidade atual e desenvolver estratégias que superem os obstáculos impostos pela recusa ou omissão na prestação dos serviços. Ademais, essa investigação pode contribuir para melhorias na legislação brasileira relacionada aos planos de saúde, tornando a saúde suplementar mais eficaz e acessível aos seus usuários.

Assim, esse trabalho visa fornecer uma visão aprofundada sobre o papel do Código de Defesa do Consumidor na proteção contra as chamadas cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde, destacando a importância da atuação judicial para garantir o equilíbrio contratual e o acesso à saúde.

## **A NORMATIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: LEI 9.656/1998 E A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

A implementação da saúde suplementar no Brasil, através da regulamentação de contratos privados de assistência à saúde, configura-se como uma importante fração do sistema de saúde nacional. Diferente do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece atendimento gratuito e universal, a saúde suplementar se baseia na contratação de planos de saúde privados, que oferecem acesso a uma rede de serviços e procedimentos médicos mediante pagamento de mensalidades. Esses contratos, no entanto, são frequentemente alvo de discussões quanto à sua clareza, transparência e cumprimento das garantias oferecidas ao consumidor. A Lei nº 9.656, de 1998, que regulamenta a saúde suplementar, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foram marcos importantes para a organização desse setor no Brasil, com o intuito de proteger os consumidores e assegurar o equilíbrio entre as partes contratantes.

Segundo João Santos (2020), a regulamentação dos contratos de planos de saúde foi necessária diante do crescente número de contratos mal elaborados ou que apresentavam cláusulas prejudiciais ao consumidor, sendo a Lei nº 9.656/98 um divisor de águas nesse cenário. Com essa legislação, estabeleceu-se um padrão mínimo de cobertura que deve ser oferecido por todos os planos de saúde, além de mecanismos de fiscalização e penalização para as operadoras que descumprirem essas normas. A ANS, criada logo após a promulgação da lei, tem o papel de regular, fiscalizar e garantir que os direitos dos beneficiários sejam respeitados, evitando a inserção de cláusulas abusivas ou de difícil interpretação nos contratos.

A importância dos contratos de planos de saúde para os brasileiros é inegável, especialmente considerando as limitações estruturais do SUS. Para muitos cidadãos, a contratação de um plano de saúde privado representa uma forma de garantir acesso mais rápido a consultas, exames e tratamentos médicos, além de uma maior liberdade de escolha em relação a profissionais e hospitais. Ademais, com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, a demanda por cuidados médicos contínuos e especializados tem impulsionado o crescimento do setor de saúde suplementar no Brasil.

Como destaca Lima (2018)

“a saúde suplementar, ao longo dos anos, tornou-se um importante mecanismo de acesso à saúde para uma parcela significativa da população brasileira, complementando o atendimento oferecido pelo sistema público e oferecendo alternativas em termos de rapidez e qualidade dos serviços” (Lima 2018, p. 115).

A autora ressalta que, apesar dos desafios existentes, como a judicialização de negativas de cobertura, os planos de saúde continuam sendo uma opção valiosa para quem pode arcar com esse tipo de serviço, especialmente em grandes centros urbanos onde a oferta de serviços médicos particulares é mais ampla.

Em síntese, os contratos de planos de saúde que configuram a saúde suplementar no Brasil desempenham um papel importante no interesse social, considerando o direito à saúde estabelecido na Constituição de 1988 (arts. 6º e 196). Nesse sentido, a regulamentação do setor, por meio da Lei nº 9.656/98 e da criação da ANS, representou um avanço significativo para regular as relações contratuais entre operadoras e beneficiários. Embora ainda existam questões a serem aprimoradas, especialmente no que se refere à transparência e à interpretação das cláusulas contratuais, é inegável que o sistema de saúde suplementar desempenha uma função fundamental na garantia do acesso à saúde para milhões de brasileiros. A regulação dos contratos e a atuação da ANS têm sido essenciais para minimizar conflitos e assegurar os direitos dos consumidores (BRASIL, 1988).

### ***A Lei Nº 9.656 De 1988 - Lei Dos Planos De Saúde***

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, trouxe uma mudança significativa para o setor de saúde suplementar no Brasil, sendo considerada um divisor de águas na regulamentação dos contratos de planos de saúde. Antes de sua edição, o setor era caracterizado pela falta de padronização e transparência nos contratos, o que frequentemente resultava em abusos contra os consumidores. A lei, além de estabelecer um marco regulatório para as operadoras de planos de saúde, introduziu o conceito de "plano-referência", um modelo mínimo obrigatório de cobertura que visa garantir acesso a uma gama básica de serviços de saúde, incluindo consultas, exames, internações e procedimentos de alta complexidade. A partir dessa

legislação, houve um avanço importante na proteção dos direitos dos consumidores, garantindo maior segurança jurídica para ambas as partes contratantes.

De acordo com Moraes (2019), a Lei nº 9.656/1998 foi responsável por uma regulamentação que o setor demandava para um mercado que operava de maneira desordenada, com contratos que muitas vezes deixavam o consumidor em situação de vulnerabilidade. A lei estabeleceu parâmetros mínimos para a cobertura dos planos de saúde, obrigando as operadoras a oferecerem serviços essenciais e proibindo práticas abusivas, como a exclusão de doenças preexistentes. Além disso, introduziu a figura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão regulador, responsável por fiscalizar o cumprimento das obrigações previstas na lei.

A importância da Lei nº 9.656/98 para o setor de saúde suplementar é inegável. Antes da sua promulgação, os consumidores frequentemente se deparavam com contratos que limitavam indevidamente, por meio de cláusulas que excluía procedimentos importantes ou impunham condições desvantajosas, o acesso aos serviços de saúde que eram essenciais ao beneficiário, tendo em vista a natureza do contrato. Com a lei, houve uma padronização mínima das coberturas, o que possibilitou maior previsibilidade nos contratos e contribuiu para o fortalecimento da relação entre consumidores e operadoras. Além disso, ao impor critérios mais rígidos para a atuação das empresas, a lei promoveu uma maior concorrência saudável no mercado, beneficiando os usuários de planos de saúde.

Dessa forma, reforçamos a ideia de que a exigência de uma cobertura mínima obrigatória eliminou a incerteza que muitos consumidores tinham ao contratar um plano de saúde, especialmente em relação à possibilidade de negativa de cobertura para procedimentos importantes. Essa proteção contratual, associada à fiscalização da ANS, é um dos grandes legados da Lei nº 9.656/98. Conforme Marques (2020, p. 78), "a criação do plano-referência foi um avanço importante, pois garantiu a prestação de serviços essenciais a todos os beneficiários, além de promover a equidade nas relações contratuais".

Compreende-se, portanto, que a Lei nº 9.656/98 desempenha um papel crucial no desenvolvimento e consolidação do setor de saúde suplementar no Brasil. Ela estabeleceu um marco regulatório que trouxe maior segurança e clareza para os consumidores de planos de saúde, ao mesmo tempo em que incentivou a atuação

responsável das operadoras. Ao introduzir o plano-referência, a lei garantiu que todos os beneficiários tivessem acesso a um conjunto básico de serviços de saúde, promovendo, assim, um maior equilíbrio nas relações contratuais. A continuidade da atuação da ANS é fundamental para assegurar que esses avanços sejam mantidos e aprimorados, protegendo os direitos dos usuários de planos de saúde.

### ***A Agência Nacional De Saúde Suplementar – ANS***

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão responsável pela regulação e fiscalização dos contratos de planos de saúde no Brasil, desempenhando um papel crucial na garantia da proteção dos usuários do setor da saúde suplementar e na manutenção do equilíbrio entre as operadoras e os beneficiários. Uma de suas principais atribuições é assegurar que as operadoras de planos de saúde cumpram os requisitos estabelecidos pela Lei nº 9.656/98, especialmente em relação ao plano-referência, que define uma cobertura mínima obrigatória para todos os contratos. Além do plano-referência, a ANS também regulamenta os tipos de segmentação contratual, como planos de cobertura ambulatorial, hospitalar e odontológica, garantindo que cada modalidade atenda às necessidades básicas dos beneficiários.

A criação da agência representou um avanço na proteção dos direitos dos consumidores, ao centralizar a regulação do setor e estabelecer critérios mais claros para a atuação das operadoras com base na Lei nº 9.656/1988 e no Código de Defesa do Consumidor. A fiscalização da ANS abrange desde a aprovação de novos produtos no mercado até a análise de reclamações dos consumidores, permitindo que o sistema de saúde suplementar funcione de forma mais equitativa. Segundo Barros (2017), a ANS surgiu como uma resposta às inúmeras falhas regulatórias e à falta de clareza nas relações contratuais entre operadoras e titulares de contratos de planos de saúde, desempenhando um papel fundamental na padronização e controle da qualidade dos serviços prestados pelos planos de saúde.

A importância da ANS para o setor de saúde suplementar não pode ser subestimada. Além de assegurar que as operadoras cumpram suas obrigações

contratuais, a agência também desempenha um papel essencial na manutenção da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos consumidores. Através de normas e resoluções, a ANS define parâmetros de cobertura, controle de reajustes e estabelece regras para o relacionamento entre operadoras e usuários, buscando minimizar os conflitos e garantir que os consumidores tenham acesso a tratamentos adequados. Além disso, a agência regula o mercado de maneira a promover a competitividade e a sustentabilidade financeira do setor.

Segundo Silva (2020),

A atuação da ANS tem sido decisiva para a melhoria do acesso à saúde suplementar, especialmente no que tange à garantia de direitos previstos na legislação. A agência se consolidou como um importante mediador nas disputas entre operadoras e consumidores, garantindo que as normas sejam respeitadas (Silva, 2020, p.140).

A citação do autor evidencia a relevância da agência não apenas como reguladora, mas também como protetora dos direitos dos usuários, exercendo um papel ativo na defesa dos interesses dos beneficiários e na resolução de impasses.

Em resumo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar se apresenta como um pilar essencial na regulação e fiscalização dos contratos de planos de saúde no Brasil. Através de sua atuação, a ANS garante que as operadoras ofereçam serviços de qualidade e respeitem as normas legais, protegendo os direitos dos consumidores e promovendo o equilíbrio nas relações contratuais. O plano-referência e as segmentações contratuais regulamentadas pela agência representam conquistas importantes para o sistema de saúde suplementar, assegurando que os beneficiários tenham acesso a serviços de saúde adequados e justos. A continuidade do trabalho da ANS é indispensável para a evolução desse setor.

## **A LEI Nº 8.078 DE 1990 - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), instituído pela Lei nº 8.078/90, foi uma das principais conquistas para a proteção dos consumidores no Brasil, especialmente em contratos de adesão, como os de planos de saúde. Esses contratos, caracterizados pela ausência de negociação prévia e pelas cláusulas previamente estabelecidas pelas operadoras, colocam o consumidor em situação de vulnerabilidade. No contexto dos planos de saúde, o CDC garante que os direitos dos usuários sejam preservados, evitando abusos e assegurando a transparência nas relações contratuais. As normas previstas no CDC, como a interpretação mais favorável ao consumidor em casos de dúvidas contratuais (art. 47), a vedação de inclusão de cláusulas abusivas que tornem o negócio desvantajoso para uma das partes (art. 51) e o direito de informação e destaque de limitações de uso do contrato (art. 54), são aplicadas para equilibrar a relação entre operadoras e beneficiários.

Conforme explica Cláudia Lima Marques (2015), antes da promulgação do CDC, os consumidores estavam desprotegidos, principalmente em situações em que os contratos previam exclusões de cobertura ou limitavam direitos essenciais. O CDC passou a atuar como uma importante ferramenta jurídica na defesa dos usuários de planos de saúde, assegurando que cláusulas abusivas ou prejudiciais possam ser questionadas judicialmente. Para a autora, o Código de Defesa do Consumidor inovou ao proteger o consumidor contra práticas abusivas nos contratos de adesão, especialmente em setores regulados, como o de saúde suplementar.

A importância do Código de Defesa do Consumidor para os usuários do sistema de saúde suplementar é inegável. Em um cenário em que os planos de saúde são uma alternativa à saúde pública, o CDC atua como uma barreira contra práticas abusivas das operadoras, como a negativa de cobertura para tratamentos essenciais, o reajuste abusivo de mensalidades, ou a exclusão de doenças preexistentes. Ele garante que os contratos sejam cumpridos de forma justa, assegurando aos consumidores o direito ao tratamento médico necessário, conforme a sua expectativa ao tempo da contratação. Além disso, o CDC facilita o acesso à justiça ao proporcionar instrumentos jurídicos para que os consumidores possam contestar cláusulas e práticas que julguem abusivas.

### Como destaca Nunes (2018)

a aplicação do Código de Defesa do Consumidor no setor de saúde suplementar tem sido fundamental para garantir o equilíbrio nas relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde, promovendo uma proteção efetiva contra cláusulas abusivas e interpretações contratuais desfavoráveis (Nunes, 2018, p. 132).

Essa afirmação evidencia a relevância do CDC para assegurar que as operadoras não prejudiquem os consumidores, aplicando regras mais justas para garantir o direito à saúde como um direito fundamental.

Sendo assim, o Código de Defesa do Consumidor tem desempenhado um papel central na proteção dos usuários de planos de saúde, atuando como um importante instrumento jurídico para evitar abusos nos contratos de adesão. A aplicação do CDC, especialmente no setor de saúde suplementar, promove o equilíbrio necessário nas relações contratuais que tende a se perder ao longo tempo, garantindo que os consumidores tenham acesso a um serviço justo e de qualidade. A interpretação favorável ao consumidor e a possibilidade de revisão judicial de cláusulas abusivas são alguns dos mecanismos previstos pelo CDC para proteger os usuários, sendo essenciais para a defesa de seus direitos e sua saúde.

## **O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E A PROTEÇÃO CONTRA AS CLÁUSULAS ABUSIVAS OU DE DÚBIA INTERPRETAÇÃO**

As cláusulas abusivas ou de interpretação dúbia ganham destaque quando se trata da judicialização dos contratos de plano de saúde. A discussão central refere-se à prestação de serviços de assistência à saúde que atendam à legítima expectativa do consumidor, tendo como referencial o momento da contratação do plano (SCHMITT, 2010). Ameaçando a finalidade da contratação, estão as cláusulas abusivas que colocam o consumidor em desvantagem e que frequentemente são levadas ao Judiciário com pedidos de declaração de nulidade e interpretação mais favorável ao consumidor (BARROS, 2020), conforme os artigos 51, IV, § 1º, incisos I a III, e 47 do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990).

Segundo Schulman (2021), em *Temas Atuais de Direito dos Seguros*, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é consistente, em seus julgados, ao afirmar o dever de cobertura de tratamentos médico-hospitalares pelo plano de saúde, quando houver previsão contratual da cobertura para a enfermidade. No site do STJ, na edição nº 143, estão disponíveis para consulta diversos precedentes neste sentido, na forma de jurisprudência em teses, demonstrando o esforço do tribunal superior para compilar os julgados e dar visibilidade às situações ilícitas e abusivas já pacificadas.

Conforme explicado acima, todos os procedimentos recomendados pelo médico assistente para o tratamento da enfermidade, desde que tenham fundamento científico, devem ser prestados pelo plano de saúde. Para isso, de forma genérica, é preciso que estejam listados no rol da ANS ou possuam registro na Anvisa, além disso, devem estar dentro das regras de contratação, que podem ter finalidades distintas de acordo com a vontade do usuário, como, por exemplo, tipo de contrato, segmentação, abrangência e rede assistencial. Para Marques (2015, p. 536), “O problema maior surge quando o segurado opta por cobertura que deve lhe garantir amplo acesso aos tratamentos médicos disponíveis, [...], e ainda assim, a operadora recusa-se a arcar com os custos”.

Ademais, é preciso estar atento à jurisprudência e à sua correta aplicação. Basta observar as orientações números 6 e 7 das jurisprudências em tese mencionadas: “6) As operadoras de planos de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. (Tese julgada sob o rito do art. 1.036 do CPC/2015 - TEMA 990)” e “7) É abusiva a recusa da operadora de plano de saúde em arcar com a cobertura de medicamento prescrito pelo médico para tratamento do beneficiário, [...], não previsto em rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.”, pode-se notar que a primeira tese é utilizada pelo judiciário como complemento da segunda, visto que o registro na ANVISA é uma etapa que antecede o registro no rol da ANS. Segue aplicação na prática da teoria.

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO ANTINEOPLÁSICO LENALIDOMIDA (REVLIMID). RECUSA DE COBERTURA. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS. RECUSA GENÉRICA DE COBERTURA. MITIGAÇÃO DA TAXATIVIDADE DO ROL NO CASO CONCRETO. CABIMENTO.

1. Controvérsia pertinente à obrigatoriedade de cobertura do medicamento antineoplásico oral Lenalidomida prescrito a paciente acometida de câncer mieloma múltiplo.

2. Inclusão superveniente do medicamento no Rol da ANS que denota a existência de comprovação científica da eficácia do medicamento.

3. Não houve, na decisão ora agravada, aplicação retroativa das resoluções da ANS, mas tão somente continuidade de um entendimento jurisprudencial no âmbito desta Turma, qual seja o caráter taxativo mitigado do Rol da ANS.

4. "A natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS é desimportante à análise do dever de cobertura de medicamentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução normativa" (AglInt nos EREsp 2.001.192/SP, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 2/5/2023, DJe de 4/5/2023).

5. Ademais, segundo a jurisprudência do STJ, é abusiva a recusa da registrado na ANVISA e prescrito pelo médico do paciente, ainda que se trate de uso off-label, ou de caráter experimental, especialmente quando se mostra imprescindível à conservação da vida e saúde do beneficiário. Agravo interno improvido.

(AglInt no REsp n. 1.923.562/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 18/9/2023, DJe de 20/9/2023.) (grifo nosso)

O autor deixa claro que a recusa do plano de saúde utiliza justificativas gerais, como: "tratamento não contemplado expressamente pelo contrato", "técnica não aceita pela operadora", ou "não constante do rol de procedimentos", além de

"desnecessário para o tratamento da doença", o que dá origem ao litígio. Barros (2020, p. 294-295) esclarece que o consumidor, por vezes, assina o contrato sem conhecimento pleno de suas cláusulas, confiando que terá o atendimento quando dele precisar; contudo, não é raro ser surpreendido por uma negativa. Nesses casos, o autor destaca que essa situação legitima a intervenção do Judiciário e a mitigação do princípio *pacta sunt servanda*, em favor do consumidor, para restaurar o equilíbrio do contrato que se tornou excessivamente desvantajoso para uma das partes.

Conforme exposto acima, destacamos que as chamadas cláusulas abusivas podem estar expressas no contrato, mas também podem resultar de má interpretação, violando o direito e frustrando a expectativa de atendimento do usuário do plano de saúde. Quando expressas, têm o objetivo de gerar desequilíbrio, ao estabelecer prestações não recíprocas. Dito isso, verificamos que sua ocorrência se dá pela quebra dos deveres da parte que redige o contrato, ao transferir suas responsabilidades na prestação do serviço e retirar do contrato parte de seu objeto. Assim, a conduta do plano de saúde se torna ilícita e contrária ao que se esperava dele, pela boa-fé que deve reger todos os contratos.

Dissertando sobre o assunto, Cláudia Lima Marques define com clareza as características das cláusulas abusivas inseridas nos contratos. Nesse viés (MARQUES, SCHMITT, 2013).

As duas visões da abusividade ainda são úteis e como destaca Hélène Bricks<sup>148</sup> as cláusulas abusivas apresentam justamente como características comuns, o seu fim e o seu efeito. O fim comum das cláusulas abusivas seria a melhoria da situação contratual daquele que redige o contrato ou detém posição contratual preponderante, o fornecedor, transferindo assim ao consumidor riscos que normalmente deveria suportar, segundo o direito supletivo. O efeito comum das cláusulas abusivas é o desequilíbrio do contrato em razão de sua inclusão e da falta de reciprocidade e unilateralidade dos direitos assegurados através da cláusula ao fornecedor. (MARQUES, SCHMITT, 2013, p. 55). (sem grifo nos original).

A autora destacou, desde o início, que o redator dos contratos de adesão não deve agir dessa forma, pois isso lesiona o princípio da boa-fé e torna sua conduta, desde logo, ilícita em relação aos direitos do consumidor. Observando a definição trazida pela autora sobre algumas formas de cláusulas abusivas no texto abaixo,

verificamos que não importa o grau do objeto lesado; haverá falta do contratado por violação dos deveres.

A abusividade das cláusulas do contrato de consumo é a violação de um dever de conduta (anexo, acessório ou principal) imposto pela boa-fé ou é a autorização contratual para uma prática abusiva que viole a boa-fé objetiva. Assim, pensando nos devedores dos fornecedores, incumpridos ou violados pela cláusula e em face da cláusula (por uma prática comercial abusiva que a cláusula tenta “autorizar”), gostaríamos de reorganizar nossa análise, dividindo as cláusulas consideradas abusivas pela jurisprudência brasileira, nestes dez anos de CDC, entre as que: c.1. Violam deveres principais de prestação, deveres conexos à prestação ou deveres impostos pelo CDC; c.2. Violam deveres anexos de cooperação; c.3) Violam deveres anexos de informação; c.4. Violam deveres anexos de cuidado (Marques, 2004, p. 802).

Quanto às cláusulas abusivas interpretativas, estas devem ser analisadas em um contexto mais amplo, considerando a ocorrência que levou o consumidor a buscar o plano. A conduta do intérprete em relação à legislação não deve ser isolada de outros fatores. Essas considerações se alinham com os ensinamentos do Professor João Bosco Leopoldino da Fonseca (1995).

Poderíamos agora acrescentar que não é possível aplicar adequadamente a legislação pertinente à proteção do consumidor sem levar em conta sua profunda inserção nas relações de mercado, sem levar em consideração sua ligação constante com os problemas relativos à proteção da concorrência, o que exige do aplicador do Direito uma perfeita visualização e um entendimento profundo da realidade econômica e social. [...] O método assim proposto nos levará fatalmente a levar em conta a realidade econômico-social que é abrangida pela norma jurídica e pela relação social concreta que a viabiliza na prática. Não basta, por exemplo, tomar o texto escrito de um contrato e confrontá-lo com os termos do art. 51 da Lei 8.078/90, para, desse cotejo, tirar a conclusão de abusividade. A afirmação e a convicção da existência da abusividade da cláusula devem surgir da aferição da realidade, da análise substancial da realidade, da análise econômica do direito (Fonseca, 1995, p.62).

Os autores apresentam claramente a vulnerabilidade do consumidor no momento da contratação. Dessa forma, observamos que, por mais que se exponham as condições sobre as cláusulas, ninguém que contrata um plano de saúde tem noção da doença ou situação de infortúnio que poderá ocorrer e discuti-la previamente. É conveniente notar que as cláusulas abusivas ou de interpretação dúbia somente se tornam claras na hora da necessidade, pois os tratamentos e

procedimentos mais adequados, na maioria das vezes, são os mais custosos. Contudo, para que sejam cobertos, basta que estejam previstos no rol da ANS ou na Anvisa e tenham sua eficiência comprovada, inclusive os medicamentos “off-label”, pois não cabe ao plano decidir seu melhor uso; essa decisão é exclusiva do médico do paciente. Aplica-se a interpretação mais favorável ao consumidor, conforme o art. 47 do CDC (Ag no AgRg no AREsp 90.117/SP).

Conforme se verifica na jurisprudência do STJ (REsp n. 1.554.448/PE), “a inserção de cláusula de renúncia em declaração de saúde é abusiva por induzir o segurado a abrir mão do direito ao exercício livre da opção de ser orientado por um médico”. Portanto, a exclusão prévia de tratamento, nesses termos, é considerada má-fé e nula. De acordo com Marques (2015, p. 549), “a intervenção das operadoras de planos de saúde na orientação terapêutica ou, como dito alhures, sua recusa em custear financeiramente os procedimentos necessários implica flagrante ofensa à cláusula geral implícita da boa-fé objetiva”, indicando que a ofensa pode surgir no início, durante ou na necessidade de execução do contrato.

Fica evidente, diante do exposto, que a proteção do Código de Defesa do Consumidor é de suma importância para manter o equilíbrio das relações entre o usuário e o plano de saúde em face de cláusulas abusivas ou de interpretação dúbia. Sustentam essa tese Trettel, Kozan e Scheffer (2018, p. 173) ao afirmar que “[o] Código de Defesa do Consumidor é norma de ordem pública e interesse social, que se apresenta como importante instrumento de promoção de justiça e igualdade material ao equilibrar a relação entre consumidores e fornecedores.” Por isso, vê-se como imprescindível a atuação do Poder Judiciário com base no Código de Defesa do Consumidor para lembrar aos planos de saúde que não podem agir unicamente com base na Lei nº 9.656/1998 e nas resoluções da ANS.

***Qual é a justificativa mais comum utilizada pelos planos de saúde para negar a cobertura do contrato?***

A ausência de previsão no rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar tem sido a justificativa mais comum para a negativa

de pedidos de tratamentos pelos planos de saúde. Nesse contexto, a discussão sobre a taxatividade da cobertura de tratamentos para doenças e outros distúrbios, com base nas listas da ANS por segmento contratado, tem sido um dos principais temas dentro e fora dos tribunais. A garantia da saúde do paciente por meio do tratamento mais eficaz recomendado pelo médico que o assiste é o objeto dos contratos de planos de saúde, contínuos e de longa duração, cuja atualização das técnicas aplicáveis se faz necessária ao longo do tempo (BRANCAGLION, 2024).

Nesse sentido, discute-se se o rol da ANS é taxativo ou exemplificativo. De 2019 até 2022, o autor destaca que houve várias divergências no Judiciário que geraram insatisfação popular e uma corrida legislativa para alterar a Lei nº 9.656/1998, que regula a atuação dos planos de saúde. Após mudanças na jurisprudência do STJ – que comprometeram o acesso a tratamentos mais eficazes não previstos no rol da ANS devido à morosidade e à dependência de atualização da agência reguladora –, o legislativo editou a Lei nº 14.454/2022, que permite o acesso a procedimentos e medicamentos fora dessas listas, possibilitando a evolução das obrigações contidas em contratos cuja prestação é a assistência à saúde por meios que se renovam para melhor.

Reconhecidamente, a vulnerabilidade e a hipossuficiência do consumidor frente às operadoras de planos de saúde são notórias e, por isso, o consumidor deve ser beneficiado com a intervenção do Estado no sentido de reequilibrar os pontos que impossibilitam precificar, quantificar e qualificar a entrega final do serviço mais adequado para promover a recuperação da saúde em uma eventual necessidade de uso da cobertura do plano de saúde. Assim, devido às mudanças ao longo do tempo, os contratos relacionais — como são chamados na visão moderna — utilizam processos para o reequilíbrio das obrigações e não a taxatividade, determinando uma atuação voltada para a boa-fé, solidariedade, confiança e cooperação, comuns nos contratos de consumo (MACEDO, 2001).

Segundo Gonçalves (2022), o rol da ANS era considerado exemplificativo até 2019, quando o ministro Luis Felipe Salomão alterou o entendimento para taxativo (REsp 1.733.013/PR, 2019). Em 2021, houve uma nova ampliação desse entendimento, por decisão de relatoria da ministra Andriahi (REsp nº 1.876.630/SP, 2021). Contudo, em 2022, os tratamentos ficaram novamente restritos às listas da ANS,

conforme os julgamentos dos REsp 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, por decisão de relatoria do ministro Salomão. Conforme Brancaglioni *apud* Oliveira (2024), destaca-se a insatisfação popular com o resultado do julgamento, evidenciada pela campanha "Rol Taxativo Mata", que repercutiu no Congresso Nacional e nas manifestações em frente ao STJ, gerando uma verdadeira corrida de projetos de lei defendendo o rol exemplificativo.

Segundo a menção do autor, a divergência no STJ resultou em uma lista taxativa de procedimentos e eventos a serem prestados pelos planos de saúde aos seus usuários, limitando a cobertura de tratamentos. Diante da restrição dos usuários no acesso aos serviços do plano de saúde e do aumento da judicialização do tema "rol da ANS", o Congresso Nacional editou a Lei nº 14.454/2022 (PL 2033/2022), que alterou a Lei nº 9.656/1998. A nova legislação inclui a previsão de aplicação do CDC aos contratos de plano de saúde diretamente na norma, com a inclusão dos parágrafos 12 e 13 no artigo 10. Essas inclusões estabelecem o dever de cobertura e custeio de tratamentos não previstos no rol da ANS, quando indicados pelo médico e desde que haja comprovação científica de sua eficiência, além de prever que a lista da ANS deve ser atualizada a cada nova inserção de procedimentos e eventos (DIAZEVIC, 2023).

Dessa forma, sobressalta-se a importância da alteração na lei dos planos de saúde promovida pela Lei nº 14.454/2022, que permitiu o acesso de milhares de brasileiros a tratamentos comprovadamente eficientes em um cenário contratual cuja dinâmica é acelerada pelos avanços da comunidade científica. Além disso, a obrigatoriedade de cobertura deve ser prescrita pelo médico assistente nas seguintes condições (BRASIL, 2022):

Lei nº 9.656 de 1998 [...] Art. 10. [...]

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que

tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais." (NR)

Nesse sentido, para que não se diga que ao médico cabe indicar qualquer tratamento, é indispensável colacionar a este estudo o art. 2º da Lei nº 12.842/2013, a qual orienta a atuação médica voltada para o zelo e a oferta do melhor tratamento de acordo com a capacidade profissional. O artigo 2ª estabelece que o: O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza" (BRASIL, 2013).

Logo após a edição nova lei, os tribunais iniciaram o uso da alteração feita na lei que rege os contratos de plano de saúde para fundamentar suas decisões quanto ao dever de cobertura da terapia recomendada para o paciente. Como no trecho da jurisprudência.

Posteriormente, no entanto, sobreveio alteração legislativa, por meio da Lei Federal nº 14.454/2022, a qual estabeleceu, expressamente, que o rol da ANS é exemplificativo, fazendo com que os planos de saúde passassem a ser obrigados a cobrir tratamentos não previstos no dito rol nos casos de: a) existência de comprovação da eficácia do tratamento requerido, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou, b) caso existam recomendações do tratamento, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) ou exista recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais (Agravado de Instrumento: 0809537-53.2023.8.02.0000; Relator (a): Des. Fábio Costa de Almeida Ferrario; Comarca: Foro de Maceió; Órgão julgador: 4ª Câmara Cível; Data do julgamento: 14/12/2023; Data de registro: 14/12/2023).

Nos exemplos citados acima, os autores e a jurisprudência deixam claro que o rol da ANS é exemplificativo quando se trata de recomendação de tratamento com eficiência comprovada. Ao analisar a atuação dos profissionais da saúde, podemos afirmar que indicar um tratamento sem eficiência comprovada ou negar o potencial de cura do melhor tratamento não condiz com a atuação zelosa e profissional que os médicos devem ter com seus pacientes. Dessa forma, a presunção de que o melhor tratamento foi indicado ao paciente por seu médico deve ser respeitada pelos planos de saúde.

Assim, a ausência de previsão no rol de procedimentos e eventos da ANS não deve ser utilizada como justificativa para a negativa de tratamento pelos planos de saúde, uma vez que a taxatividade dos meios de cura foi superada pela regulamentação do setor. Nesse sentido, observou-se que a atualização da prestação de serviços por meio de contratos relacionais é contínua e não comporta rigidez, o que tende a gerar desequilíbrio na relação. Mais do que isso, justifica-se a intervenção do Estado para reequilibrar a balança da justiça e promover a saúde e proteção dos consumidores de serviços de assistência à saúde.

***Como a lei 9.656/98 impacta as cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde?***

A Lei nº 9.656/1998, que regulamenta os planos de saúde no Brasil, teve um impacto significativo no combate a práticas abusivas em relação ao consumidor de serviços desse setor. Para Riani (2010), a edição da lei trouxe textos claros sobre as chamadas cláusulas abusivas e, com isso, resultou na edição de jurisprudências sumuladas que diminuíram a judicialização. No entanto, ressalta-se a necessidade de intervenção contínua do Judiciário na interpretação conjunta das cláusulas do contrato com o Código de Defesa do Consumidor, conforme a súmula 608 do STJ, e o cenário atual do mercado da saúde suplementar.

A Lei dos planos de saúde trouxe garantias e vedações de práticas abusivas no sentido de atender à compatibilidade vertical do ordenamento jurídico brasileiro. Conforme Marques (2015), os contratos privados de plano de saúde são regidos por princípios contratuais que devem nortear e pacificar os conflitos de interpretação ao longo do tempo. O autor sustenta que a validade das cláusulas deve estar subordinada à Lei nº 9.656/1998, mas também atender aos princípios e dispositivos do CDC, pois ao consumidor cabe uma margem mínima de liberdade para escolher o segmento de cobertura ao qual estará vinculado no plano de saúde. Dessas premissas, vejamos a seguir parte dessa aplicação.

Nos casos pontuados pela lei, podemos destacar como garantia, por tipo de seguimento contratado, a cobertura obrigatória para consultas em número ilimitado,

serviços de apoio diagnóstico e tratamento auxiliar solicitados pelo médico assistente, cobertura para tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral e internações hospitalares sem limite de tempo, valor máximo ou quantidade (art. 12, I, a – c, II, a – b, Lei nº 9.656/1998). Em relação ao dever de internação hospitalar que se torna morosa, foi editada a súmula 302 do STJ *[que estabelece como]*: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”; cuja fundamentação, em um dos precedentes, sustenta o dever de cobertura dos custos da enfermidade prevista no contrato e afirma que não se pode prever a alta. Assim, torna-se abusiva a cláusula que limite o direito com base no art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor.

CIVIL. SEGURO SAÚDE. A cláusula que limita o tempo de internação hospitalar é abusiva. Embargos de divergência acolhidos.” (ERESP 242.550 / SP Rel. Min. Ari Pargendler, DJ DE 4/08/2002), “Plano de saúde. Limite temporal da internação. **Cláusula abusiva. 1. É abusiva a cláusula que limita no tempo a internação do segurado, o qual prorroga a sua presença em unidade de tratamento intensivo ou é novamente internado em decorrência do mesmo fato médico, fruto de complicações da doença, coberto pelo plano de saúde. 2. O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como é curial, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado que se retire da unidade de tratamento intensivo, com o risco severo de morte, porque está fora do limite temporal estabelecido em uma determinada cláusula. Não pode a estipulação contratual ofender o princípio da razoabilidade, e se o faz, comete abusividade vedada pelo art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. Anote-se que a regra protetiva, expressamente, refere-se a uma desvantagem exagerada do consumidor e, ainda, a obrigações incompatíveis com a boa-fé e a equidade. 3. Recurso especial conhecido e provido.” (REsp. 158.728/RJ, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, DJ de 17/05/1999), “ PLANO DE SAÚDE. UNIMED. Limite de internação. Cláusula inválida. É inválida a cláusula do plano de saúde que limita o tempo de internação hospitalar e exclui os exames que nesse tempo se fizeram necessários ao tratamento do paciente. Recurso conhecido e provido (REsp. n.º 434.699/RS, relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar, DJ de 11/11/2002). (grifo nosso)**

Nas vedações estipuladas na lei que serviram como bases para as súmulas, temos a previsão de vedação ao atendimento de urgência e emergência se ultrapassar o prazo de 24 horas a partir da data da contratação (art. 12, V, c, Lei nº 9.656/1998), correspondente à súmula nº 597 do STJ. Além disso, há a vedação à negativa de cobertura sob alegação de lesão ou doença pré-existente à data da contratação após vinte e quatro meses de vigência do contrato, cabendo ao gestor

do contrato o ônus de provar que o consumidor tinha conhecimento de sua enfermidade e agiu de má-fé (art. 11, caput, Lei nº 9.656/1998), corroborando a súmula nº 609 do STJ (BRASIL, 2017 – 2018).

Nesse sentido, surgiu uma nova tendência com o tema nº 1.069 do rito dos recursos repetitivos, que firmou tese favorável ao dever de cobertura da cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional indicada pelo médico assistente, afastando a alegação de que se trata de procedimento cirúrgico com fim estético, conforme previsto no art. 10, II, da Lei nº 9.656/1998. Na prática, isso significou uma grande conquista pleiteada e anteriormente negada na continuidade do tratamento da obesidade mórbida. No julgado (Resp.: 1870837/SP; Relator(a): Min. Ricardo Villas Bôas; Órgão julgador: S2 Segunda Seção; Data do julgamento: 13/09/2023; Data de registro: 19/09/2023), nas orientações 4, 5, 6, 7 e 8 ficam evidente o direito e a distinção entre os objetivos do tratamento, independentemente de haver cobertura no rol da ANS.

**4. Estão excluídos da cobertura dos planos de saúde os tratamentos com finalidade puramente estética (art. 10, II, da Lei nº 9.656/1998),** quer dizer, de preocupação exclusiva do paciente com o seu embelezamento físico, a exemplo daqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita (art. 20, § 1º, II, da RN/ANS nº 428/2017).

**5. Há situações em que a cirurgia plástica não se limita a rejuvenescer ou a aperfeiçoar a beleza corporal, mas se destina primordialmente a reparar ou a reconstruir parte do organismo humano ou, ainda, prevenir males de saúde.**

**6. Não basta a operadora do plano de assistência médica se limitar ao custeio da cirurgia bariátrica para suplantar a obesidade mórbida, mas as resultantes dobras de pele ocasionadas pelo rápido emagrecimento também devem receber atenção terapêutica, já que podem provocar diversas complicações de saúde,** a exemplo da candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odores e hérnias, não qualificando, na hipótese, a retirada do excesso de tecido epitelial procedimento unicamente estético, ressaíndo sobremaneira o seu caráter funcional e reparador. Precedentes.

7. Apesar de a ANS ter apenas incluído a dermolipectomia no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o tratamento dos males pós-cirurgia bariátrica, devem ser custeados todos os procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora, para assim ocorrer a integralidade de ações na recuperação do paciente, em obediência ao art. 35-F da Lei nº 9.656/1998.

**8. Havendo indicação médica para cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional em paciente pós-cirurgia bariátrica, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não**

**seria adequado, ou que não teria previsão contratual**, visto que tal terapêutica é fundamental à recuperação integral da saúde do usuário outrora acometido de obesidade mórbida, inclusive com a diminuição de outras complicações e comorbidades, não se configurando simples procedimento estético ou rejuvenescedor. (grifo nosso).

Como último ponto de atenção, destacamos o dever de informar que a operadora de plano de saúde possui. Embora a Lei nº 9.654/1998 tenha trazido benefícios em sua regulamentação ao setor, não se pode limitar os direitos do consumidor sem prestar-lhe o devido destaque (arts. 54, §4º, c/c 47 da Lei 8.078/1990). Esse recurso é comumente utilizado em contratos que não foram adaptados formalmente à lei dos planos de saúde, com a devida inversão do ônus da prova da notificação ao consumidor para a adaptação do seu contrato antigo. No julgado que segue, fica evidente a aplicação desse entendimento (BRASIL, 2023): (AC: 0022221-60.2011.8.02.000; Relator(a): Des. Tutmés Airan de Albuquerque Melo; Comarca: Foro de Maceió; Órgão julgador: 1ª Câmara Cível; Data do julgamento: 14/12/2023; Data de registro: 19/12/2023).

Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas Gabinete Des. Tutmés Airan de Albuquerque Melo "... AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ESPECIAL - - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO EM RAZÃO DA INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA FINANCEIRA DE EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO SEGUIMENTO AO RECLAMO. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.

**1. Aplicação da Lei 9.656/98 a contratos anteriores à sua vigência. Embora as disposições do aludido diploma legal, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não retroajam para atingir contratos celebrados antes de sua vigência (quando não adaptados ao novel regime), a eventual abusividade das cláusulas pode ser aferida à luz do Código de Defesa do Consumidor. Isto porque "o contrato de seguro de saúde é obrigação de trato sucessivo, que se renova ao longo do tempo e, portanto, se submete às normas supervenientes, especialmente às de ordem pública, a exemplo do CDC, o que não significa ofensa ao ato jurídico perfeito" (AgRg no Ag 1.341.183/PB, Rel. Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, julgado em 10.04.2012, DJe 20.04.2012). Precedentes.**

**2. Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico do beneficiário. Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar. Precedentes.** 3. Agravo regimental desprovido, com a imposição de multa. [...] (= STJ - AgRg no REsp 1450673/PB -

QUARTA TURMA - Rel. Ministro MARCO BUZZI - ac. unân. de 07/08/2014 - DJe 20/08/2014). (grifo nosso)

Em resumo, é possível observar o impacto que a Lei nº 9.656/1998 tem causado no combate às cláusulas abusivas dos contratos de plano de saúde, desde sua edição e nas atualizações necessárias diante do movimento do mercado de saúde suplementar e das inovações científicas no tratamento de doenças e outros agravos. No entanto, é fundamental que a interpretação dessas cláusulas esteja vinculada à proteção do consumidor, considerando sua vulnerabilidade e hipossuficiência inerentes aos contratos de adesão. Para isso, é importante estar atento ao resumo das súmulas do STJ na aplicação do direito.

***Quais os casos de judicialização de contratos de planos de saúde no tribunal de justiça de alagoas?***

A judicialização da saúde suplementar no Estado de Alagoas cresceu significativamente no período de 2020 a 2023 (250%), superando a alta da problemática em todo o país (59%) e projetando um crescimento de 17% em 2024, com uma estimativa de 4.300 novos processos.

Segundo dados do DATAJUD, portal do Conselho Nacional de Justiça, em 2021, o registro de novos processos dobrou, passando de 1.214 novos casos para 2.502. Em 2023, a taxa de crescimento foi de 47%, chegando a 3.683 casos novos; e, até julho de 2024, já são 2.521 casos na UF/AL. No portal, a taxa de congestionamento dos processos nesse período é de 68,8%. Isso significa uma efetividade de 31,2%, menor do que a taxa de entrantes do último ano (BRASIL, 2024). O CNJ vem discutindo soluções com os órgãos do Poder Judiciário e do Executivo para reduzir as demandas.

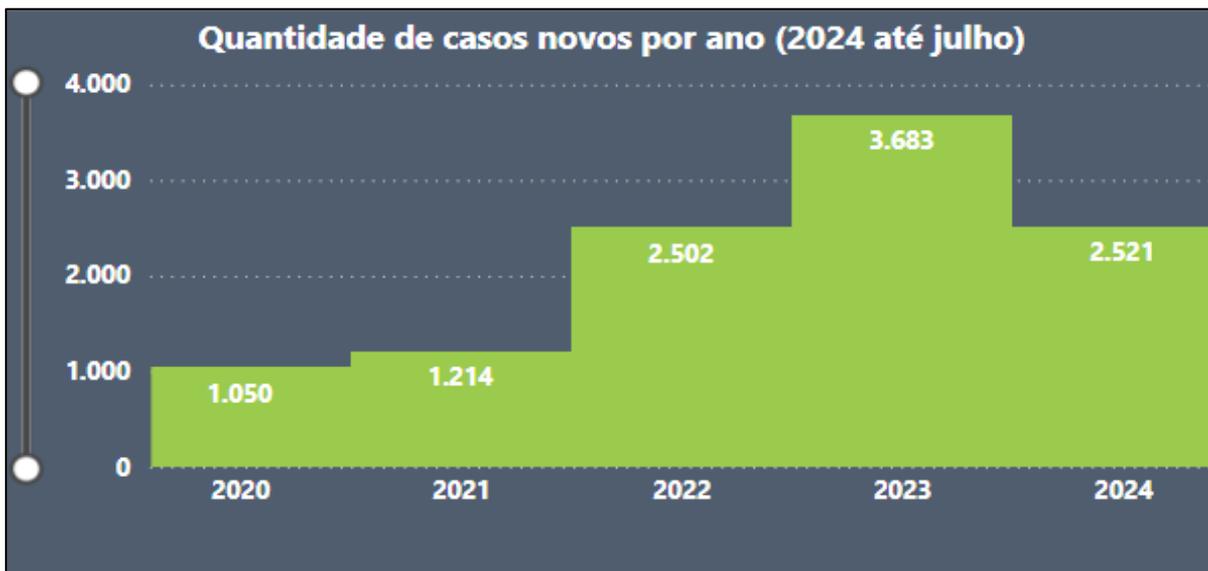


Gráfico 1 - Número de novos processos de judicialização da saúde em Alagoas  
Fonte: JUSTIÇA, C. N. Painéis de informação DATAJUD. 2024.

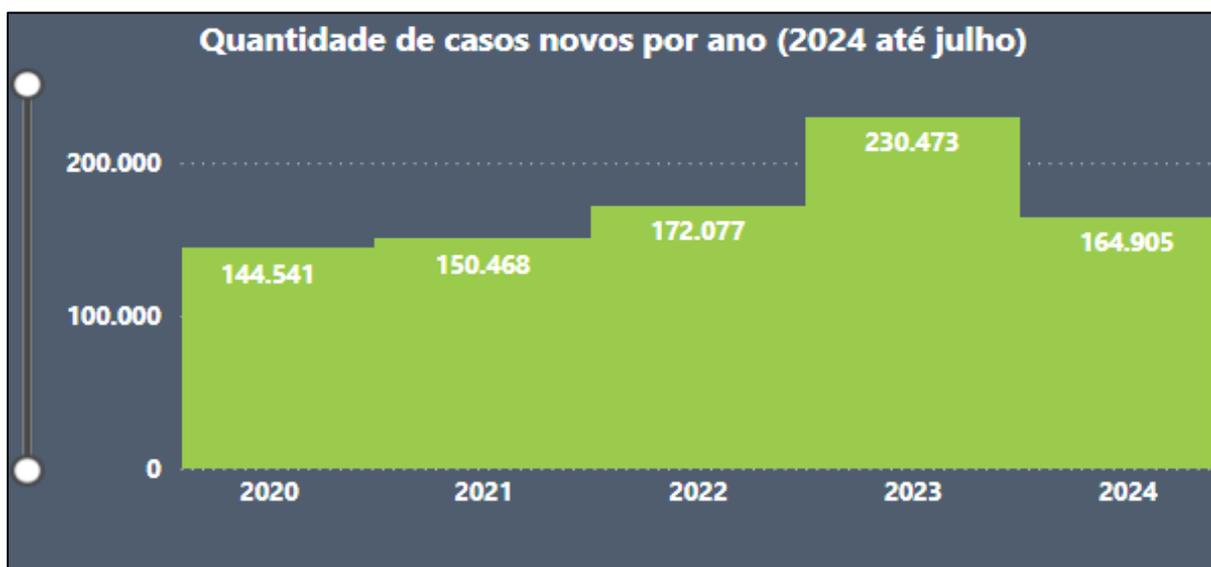


Gráfico 2 - Número de casos novos de judicialização da saúde suplementar no Brasil  
Fonte: JUSTIÇA, C. N. Painéis de Informatização DATAJUD. 2024.

Nesse sentido, ocorreu no dia 16 de maio de 2023 uma reunião no TJAL, conduzida pelo supervisor do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus). De acordo com o conselheiro do Fonajus, há um grande desafio para implementar a política judiciária na área da saúde nos próximos seis anos. As autoridades destacaram o funcionamento do Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde de Alagoas (NIJUS), que recebe demandas das instituições envolvidas no fluxo e emite pareceres sobre os casos concretos, e o Núcleo de Apoio Técnico do

Judiciário de Alagoas (Natjus), que auxilia os magistrados em suas decisões, emitindo posicionamentos técnicos (BRASIL, 2023).

Como proposta analítica para este estudo, com o objetivo de identificar o perfil das demandas interpostas e a solução dada aos casos no Tribunal de Justiça de Alagoas, realizamos uma pesquisa no site do órgão de segunda instância (<https://www.tjal.jus.br/?pag=jurisprudencia>). Para esse fim, estabelecemos como parâmetros as palavras-chave “PLANO DE SAÚDE E (TRATAMENTO\$ OU PROCEDIMENTO\$ OU DOENÇA) COM (ABUSIVAS OU RECUSAS OU NEGATIVAS OU EXCLUSÃO OU LIMITAÇÃO)” e datas de julgados entre 01/01/2023 e 31/12/2023, filtrando o resultado para 154 acórdãos. É importante destacar que foram analisados apenas os primeiros 20 casos em ordem crescente, como amostra de dados.

O estudo, por meio da análise dos dados extraídos do TJAL, permitirá verificar se tudo que foi dito até o momento encontra equivalência com uma análise de casos aleatórios sobre o tema “Cláusulas abusivas e a proteção do Código de Defesa do Consumidor”. Nesse viés, foram utilizados os seguintes parâmetros para compilar o resultado da pesquisa e verificar como estão sendo tratados os casos de judicialização dos contratos de plano de saúde no Estado: 1 – Pedido do autor na peça inicial? 2 – Tratamentos ou medicamentos judicializados?; 3 – Ação / Procedência do pedido na inicial?; 4 – Recurso / Provimento do recurso?; e 5 – Dispositivos do Código de Defesa do Consumidor utilizados na fundamentação?; e 6 – Teses jurídicas aplicadas nos acórdãos? Desse modo, esperamos identificar padrões que sustentem a tese inicialmente proposta por este estudo, que é a interpretação das cláusulas abusivas dos contratos de plano de saúde em conjunto com o CDC.

<b>Caso</b>	<b>Processo número</b>	<b>Ação / Procedência</b>	<b>Recurso / Provimento</b>
1	0022221-60.2011.8.02.0001	Obrigação de fazer / sim	Apelação / não
2	0809363-44.2023.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
3	0809507-18.2023.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
4	0809909-02.2023.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
5	0809537-53.2023.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
6	0731575-87.2019.8.02.0001	Obrigação de fazer / não	Apelação / não
7	0707216-68.2022.8.02.0001	Obrigação de fazer / sim	Apelação / não
8	0729018-59.2021.8.02.0001	Obrigação de fazer / sim	Apelação / não

9	0722563-78.2021.8.02.0001	Obrigação de fazer / sim	Apelação / não
10	0704767-55.2013.8.02.0001	Erro médico / não	Apelação / sim
11	0810148-06.2023.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
12	0804067-75.2022.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
13	0807833-73.2021.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
14	0807120-30.2023.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
15	0704158-62.2019.8.02.0001	Obrigação de fazer / não	Apelação / não
16	0700328-53.2020.8.02.0066	Obrigação de fazer / sim	Apelação / não
17	0721221-95.2022.8.02.0001	Obrigação de fazer / sim	Apelação / não
18	0809108-86.2023.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não
19	0702364-29.2019.8.02.0058	Obrigação de fazer / sim	Apelação / não
20	0806593-78.2023.8.02.0000	Obrigação de fazer / sim	Agravo / não

*Tabela 1- Amostra de processos de judicialização da saúde suplementar do TJAL em 2023.  
Fonte: autor (2024).*

Com os dados tabelados, é possível verificar que, dos 20 casos julgados pelas Câmaras do Tribunal de Justiça de Alagoas em 2023, 17 (85%) foram deferidos na primeira instância e 3 (15%) foram indeferidos. O número de pedidos deferidos aumentou para 18 (90%) na segunda instância.

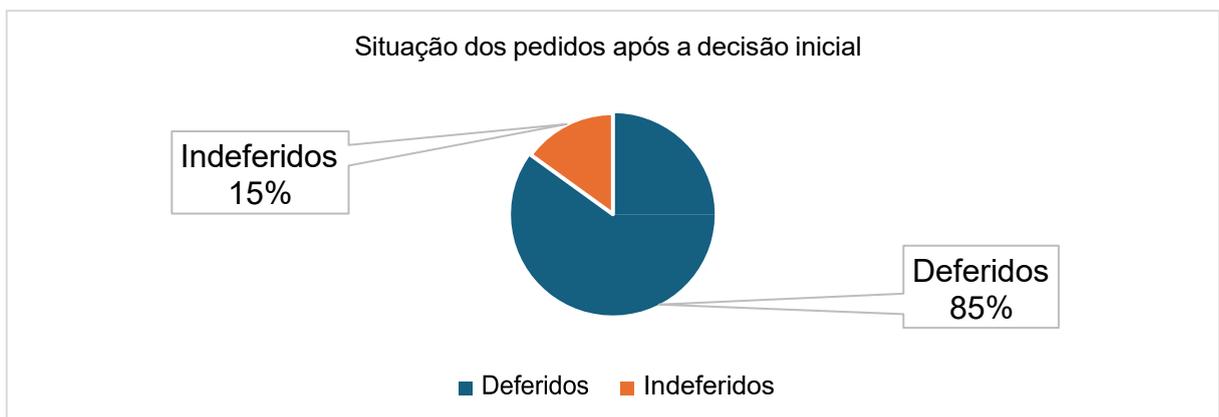


Gráfico 3 - Situação dos pedidos após a decisão de 1ª instância  
Fone: autor (2024).

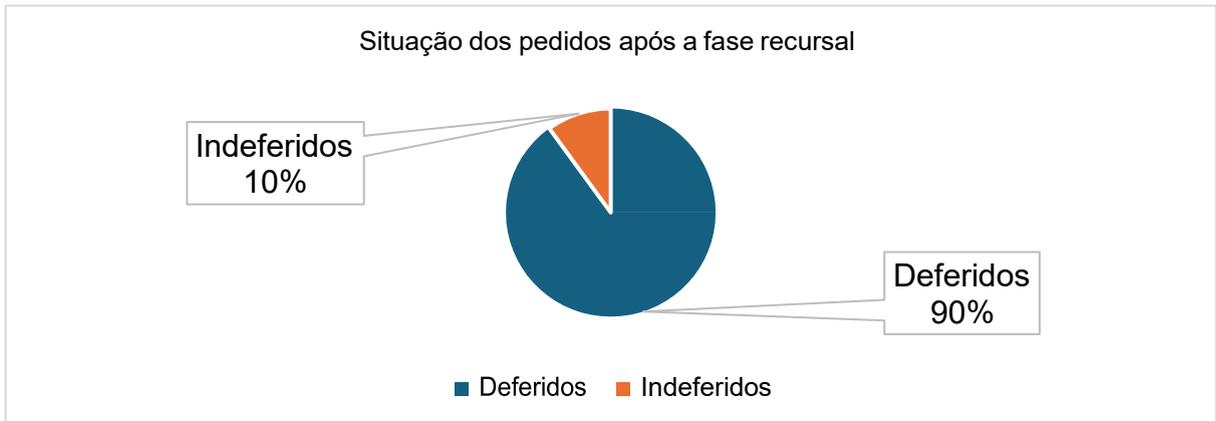


Gráfico 4 - Situação dos pedidos após a fase recursal  
Fonte: autor (2024).

Direcionando o estudo para os casos de indeferimentos na primeira instância, dois não tiveram sucesso no provimento do recurso, mantendo-se o indeferimento do pedido inicial. No caso nº 6, tratou-se de um pedido de reembolso de exames realizados fora da rede assistencial do plano de saúde, que alegou falta de documentos essenciais, como indicações médicas e ausência de cobertura, negando o pedido administrativo. No processo, a autora não conseguiu comprovar a negativa do plano de saúde nem a urgência dos procedimentos para obter o reembolso integral e os danos morais. Além disso, o plano contratado era para o segmento “hospitalar com obstetrícia”, na modalidade “autogestão”, a qual não se aplica à proteção do Código de Defesa do Consumidor. No voto, o tribunal fundamentou-se no art. 12, § 4º, da Lei nº 9.656/1998 para negar-lhe o provimento, com base na limitação do contrato para cobrir os exames do seguimento de ambulatorio.

Continuando, no caso nº 15, a busca judicial foi intentada para garantir o direito ao medicamento “Fortéo Colter Pen”, indicado para o tratamento da osteoporose com alto risco de fraturas ósseas. Considerado um medicamento de uso domiciliar, seu custo chega a R\$ 5.000,00, e foi alegado ato ilícito do plano de saúde, na modalidade autogestão, pela negativa do pedido. Em sua argumentação, o causídico da autora utilizou a alteração feita pela Lei nº 14.454/2022, que modificou o entendimento do rol taxativo para o exemplificativo.

Nesse ponto, o plano de saúde rebateu, alegando, que o medicamento não se enquadrava na categoria de antineoplásicos domiciliares, medicação assistida Home Care e outros incluídos no rol da ANS, nem nas exceções do art. 10, § 13, I e II, da Lei nº 9.656/1998. Essa tese foi acolhida pela 1ª instância, que indeferiu o pedido. Na apelação, embora o tribunal tenha reconhecido “o pressuposto de que prevalece a prescrição médica que acompanha o paciente” por presunção de sua aptidão, com base naquela alteração, não reconheceu o direito pela exclusão expressa contida no inciso VI do art. 10 e por não se enquadrar nas outras exceções da Lei nº 9.656/1998.

**No entanto, de acordo com os arts. 10, VI, e 12, I, c, e II, g, da Lei nº 9.656/1998, o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não estariam inseridos no âmbito de cobertura mínima dos planos de saúde, de modo a impedir um desequilíbrio financeiro nos contratos de plano de saúde, conforme preleciona o art. 22, §1º, da Lei nº 9.656/1998, in verbis: Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12 (...). Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: I - quando incluir atendimento ambulatorial: c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; II - quando incluir internação hospitalar: g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar; (grifo nosso).**

Dando seguimento para o caso nº 10, este teve seu provimento reconhecido pelo TJAL e o deferimento do pedido. O caso foi classificado como erro médico, pois envolveu perícia para comprovar que a situação era clínica de urgência e não obstétrica. Nesse sentido, a negativa de procedimento cirúrgico de urgência pelo hospital foi considerada ilícita. Embora a segmentação do plano contratado seja “hospitalar sem obstetrícia”, o direito à prestação do serviço foi fundamentado no art.

35-C da Lei nº 9.656/1998 e no art. 4º da Resolução CONSU nº 13/1998, que estabelece a obrigatoriedade de cobertura em casos de urgência e emergência, desclassificando o procedimento obstétrico. Além disso, o plano de saúde foi condenado ao pagamento de danos morais in re ipsa (presumidos) pela responsabilidade objetiva prevista no Código de Defesa do Consumidor.

Saliente-se, nesse contexto, que o art. 35-C da Lei 9.656/1998 dispõe sobre as hipóteses de urgência e emergência de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, veja-se: **Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I - de emergência**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; **II - de urgência**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (BRASIL, 1998). (grifo nosso).

O art. 4º da Resolução CONSU nº 13/1998 prevê a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência para casos específicos do processo gestacional.

**Art. 4º Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.** Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica porém ainda cumprindo período de carência a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art. 2º para o plano ambulatorial. (SAÚDE, AN, 1998). (grifo nosso).

Da mesma forma, o juízo pontuou a distinção entre urgência e emergência e destacou a responsabilidade dos profissionais do hospital e do médico na esfera civil e criminal por omissão de socorro. Para Bottesini e Machado (2015), essas situações não se confundem; enquanto a urgência demanda uma ação rápida, a emergência está ligada à ideia de providência para uma ação final. Dessa forma, diante de uma emergência, os profissionais devem promover o atendimento médico tão rápido quanto necessário. Os autores afirmam que nenhuma lei pode suprimir o atendimento de urgência e emergência.

[...] Nenhum dispositivo de lei pode impedir, limitar ou criar obstáculo para o atendimento de urgência. Nem mesmo a cláusula de carência, antes de

completado o tempo estipulado, ou previsto em lei, pode ser obstáculo para o atendimento do paciente. Daí decorre a utilidade da dissertação a respeito da responsabilização dos médicos diante dos casos de urgência. Nenhum deles se exonerará da responsabilidade alegando limitação de cobertura ou disposição legal limitativa do atendimento necessário ao caso, e com todos os meios disponíveis. (Bottenisi; Machado, 2015, p. 109).

Considerando os comentários, as teses e os números apresentados até aqui, observamos que, dos 20 casos julgados pelo Tribunal de Justiça de Alagoas no ano de 2023, a maioria (17) teve o deferimento do pedido inicial, e um (01) outro caso teve seu provimento concedido pelo apelo na fase recursal, totalizando dezoito pedidos deferidos. Por outro lado, nos dois casos indeferidos, não houve reforma da sentença da 1ª instância. Nota-se que, nos casos em que a judicialização não obteve sucesso, também não se observou a proteção do Código de Defesa do Consumidor, uma vez que se tratava de planos de saúde de autogestão, nem a previsão contratual da cobertura pretendida; ou seja, não se verificou o direito do autor por falta de compatibilidade do pedido com o segmento de serviços contratado.

Assim, concluímos que houve um aumento significativo no número de ações contra os planos de saúde em Alagoas, especialmente no ano de 2023. Em relação ao último ano, a pesquisa realizada sobre os casos julgados no TJAL revelou que as decisões são compatíveis com a legislação apresentada no estudo, destacando-se o Código de Defesa do Consumidor na proteção dos direitos. Nos casos de urgência, a lei que regula os contratos de plano de saúde é suficiente para manter o direito judicializado.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

### *Qual a legislação e os dispositivos mais utilizados?*

Progredindo para o estudo da legislação aplicada, houve a fundamentação decisiva do Código de Defesa do Consumidor em 16 casos, destacando-se a aplicação dos artigos 47 (interpretação mais favorável ao consumidor), 51 (cláusula abusiva que retira do contrato de plano de saúde o objeto do contrato) e 54 (deveres e direitos relativos à informação). Houve ainda quatro situações em que foi utilizada a Lei nº 9.656/1988, das quais duas foram indeferidas (planos de saúde de autogestão), já citadas, e duas foram deferidas (um plano de saúde de autogestão e outro regido pelo CDC). É importante ressaltar que os casos deferidos, um e outro, são de atendimento de urgência, onde a Lei dos Planos de Saúde, em seu art. 35-C, tem eficiência reconhecida.

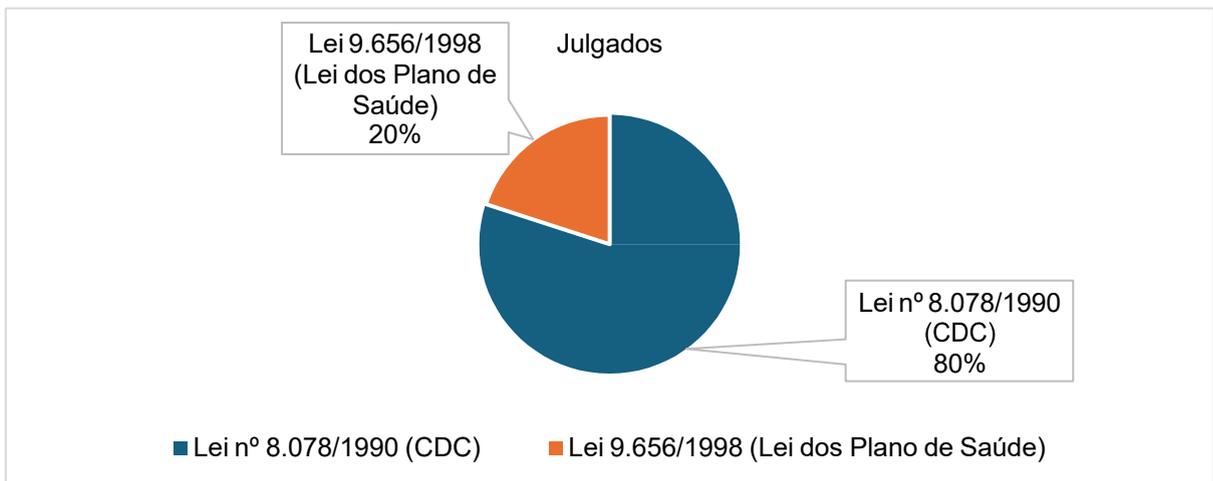


Gráfico 5 - Fundamentação das decisões  
 Fonte: autor (2024).

Nesse sentido, pontuamos novamente o cuidado com as cláusulas abusivas ou de dúvida interpretação que colocam o consumidor em desvantagem exagera por meio de Márcia Cristina Cardoso de Barros:

**Preocupado em proteger o consumidor, o legislador instituiu ainda, como cláusula abusiva, e, portanto, nula de pleno direito, a disposição contratual que coloca aquele em desvantagem exagerada, atentando contra a sua boa-fé (inciso IV do art. 51 do CDC). Não obstante toda a proteção legal, por vezes, mesmo assim, são inseridas cláusulas abusivas ou de interpretação dúbia nos contratos, culminando por lesar a boa-fé do contratante mais débil, que, por conta de sua boa-fé, acredita que tudo o que foi exposto verbalmente pelo outro contratante será cumprido na época oportuna. Tal quadro não é estranho aos contratos de plano de saúde, dando ensejo a conflitos que vão parar nos Tribunais. (Barros, 2020, p. 297). (grifo nosso).**

De mesma índole, também segue o Tribunal de Justiça de Alagoas, no caso nº 08, ao destacar que, havendo dúvidas quanto à finalidade das cláusulas do contrato de plano de saúde, deve prevalecer a intenção das partes sobre a manifestação literal da vontade, detendo-se a interpretação ao conjunto contratual e à interpretação mais favorável ao consumidor. (Número do Processo: 0729018-59.2021.8.02.0001; Relator(a): Des. Paulo Barros da Silva Lima; Comarca: Foro de Maceió; Órgão julgador: 1ª Câmara Cível; Data do julgamento: 13/12/2023; Data de registro: 14/12/2023).

Sendo assim, é certo que o referido contrato firmado entre as partes pode ser classificado como instrumento de adesão, consoante previsão do Código de Defesa do Consumidor: "Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo." Se é verdade que há necessidade de ponderação entre as cláusulas contratuais apresentadas e as disposições legislativas aplicáveis, também é verdadeira a assertiva de que, no caso dos autos, incide a norma definida no art. 47 do Código de Defesa do Consumidor, verbis: "**Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor**". Há de se observar, a respeito da disciplina dos contratos de adesão, os ensinamentos de Sergio Cavalieri Filho: "... Outro instrumento eficiente de proteção contratual do consumidor é a interpretação que deve ser dada aos contratos de consumo. Aplicam-se a eles todos os princípios de interpretação dos contratos: (a) atende-se mais à intenção das partes do que à literalidade da manifestação de vontade (CC, art. 112); (b) os usos e costumes são relevantes na interpretação das cláusulas contratuais (CC, art 113, in fine); (c) os contratos benéficos e as cláusulas de renúncia de direito são interpretadas restritivamente (CC, art. 114); (d) **as cláusulas contratuais não devem ser interpretadas isoladamente, mas em conjunto com as demais**; (e) a cláusula suscetível de dois significados deve ser interpretada em atenção ao que pode ser exigível (princípio da conservação ou aproveitamento do contrato). Mas o princípio maior da interpretação dos contratos de consumo, observa Nelson Nery Junior, está insculpido no art. 47 do CDC: "as cláusulas contratuais serão

**interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor"** (ob. cit. p. 537). " (= Programa de Direito do Consumidor Atlas SP 2011 3ª ed. págs. 155/156). (Brasil, 2023). **(grifo nosso)**.

Noutro ponto de atenção, está o dever de informar previsto no art. 54, § 4º, do CDC, que determina que cláusulas limitativas de direitos devem ser destacadas ao consumidor. Nesse sentido, vejamos o exemplo do caso nº 17 do TJAL, onde se verifica que não basta inserir limites de cobertura por meio de cláusulas redigidas no contrato. Ainda que a inserção de exclusões de serviços no contrato seja permitida, os textos que limitam direitos do consumidor sem o devido destaque não produzem efeitos, pois se tornam ilegais em face da proteção ao consumidor. (Número do Processo: 0721221-95.2022.8.02.0001; Relator(a): Des. Fábio José Bittencourt Araújo; Comarca: Foro de Maceió; Órgão julgador: 3ª Câmara Cível; Data do julgamento: 07/12/2023; Data de registro: 07/12/2023).

Desse modo, tratando-se de relação de consumo concernente à prestação de serviços médicos e hospitalares, conforme orientação do Superior Tribunal de Justiça, através da Súmula nº 469, "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde". 05 - O referido estatuto legal, em seu **art. 54 § 4º, determina que, nos contratos consumeristas, qualquer limitação de direito do consumidor deve estar destacada, possibilitando sua identificação**. 06 - **No caso dos autos, a coparticipação é mencionada no supra mencionado item cujo título, incluído na cláusula 7.6, é denominado "Coberturas Hospitalares", em um guia de leitura o qual, repita-se, não está assinado pela parte, tampouco verifica-se qualquer tipo de destaque apto a atrair a atenção do contratante para a referida disposição, de modo que, numa análise perfunctória, diante da ilegalidade, não da redação em si da referida cláusula, mas sim da inobservância da forma exigida pela lei, entende-se presentes os requisitos para a concessão da tutela provisória pleiteada pela parte autora, consoante deferido pela magistrado de primeiro grau.** (Brasil, 2023). **(grifo nosso)**.

### ***Quais as patologias ou medicamentos judicializados?***

Entre as patologias analisadas na pesquisa, verificou-se uma diversidade de casos semelhante ao estudo em âmbito nacional. Destacam-se os casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e de cirurgia reparadora pós-cirurgia bariátrica, definida pela jurisprudência do STJ, por meio do Tema 1.069 dos recursos repetitivos, como procedimento complementar para o tratamento da obesidade

mórbida. Seguindo essa ordem, as cirurgias de urgência e o tratamento Home Care foram os que apresentaram maior número de casos de judicialização obtidos na amostra dos casos julgados no TJAL no ano de 2023.

Patologia	Quantidade	%
Cirurgia de Urgência	2	10%
Dependência Química	1	5%
Dispraxia	1	5%
Dores nas articulações dento facial (ATM)	1	5%
Exames clínicos	1	5%
Tratamento <i>Home Care</i>	2	10%
Medicamento para osteoporose com risco de fraturas	1	5%
Medicamentos para Câncer	2	10%
Cirurgia Reparadora para Trat. de Obesidade Mórbida	3	15%
Órteses, próteses e materiais especiais – OPMEs	3	15%
Transtorno do Espectro Autista - TEA	3	15%

*Tabela 2 - Patologias judicializadas e discutidas no Tribunal de Justiça de Alagoas  
Fonte: autor (2024)*

### **Quais as teses que se destacaram nos acórdãos do Tribunal de Justiça de Alagoas?**

Entre as teses analisadas na pesquisa, observamos uma maior incidência da aplicação do “rol da ANS exemplificativo”. Em doze dos vinte casos, houve alegação de falta de previsão expressa do procedimento ou medicamento no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que não é fator impeditivo para a cobertura do tratamento prescrito pelo médico assistente, desde que atendidas as condições do art. 10, § 13, incisos I e II, da Lei nº 9.656/1988 e haja a previsão do tratamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (tema 990 do STJ). É importante destacar que, além do rol da ANS exemplificativo, acompanham essa fundamentação a tese de abusividade da cláusula, norteadas pela combinação dos artigos 51 e 47 do CDC, já comentadas anteriormente.

Nos demais casos julgados pelo TJAL, verificamos a aplicação do art. 35-C da Lei nº 9.656 para os casos de urgência e emergência, em carência ou por motivo

de interpretação que classifica a situação como condição não prevista na cobertura, desconsiderando a urgência. Prosseguindo, observamos a aplicação do art. 54, § 4º, do CDC, que exige o dever de informar e destacar as cláusulas que limitam a cobertura do contrato, e a aplicação do tema 1.069 do STJ para a continuidade do tratamento de obesidade mórbida. Nos indeferidos, não houve a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, e os pedidos não foram considerados como obrigação do plano de saúde por falta de previsão contratual.

<b>Caso</b>	<b>Pedido</b>	<b>Legislação / Súmulas / Jurisprudência / Teses</b>
<b>12</b>	deferido	Art. 35-C c/c art. 12 (V, b -carência de 180 dias), Lei 9.656/1998. Súm. 302 STJ
<b>13</b>	deferido	Art. 35-C c/c art. 12 (V, b -carência de 180 dias), Lei 9.656/1998. Súm. 302 STJ
<b>4</b>	deferido	Cirurgia complementar ao tratamento. Tema 1069 STJ
<b>11</b>	deferido	Cirurgia complementar ao tratamento. Tema 1069 STJ
<b>17</b>	deferido	Cláusula abusiva, Art. 54, §4º, CDC. Lei 13.840/2019 e Lei 11.343/2006 (DQ)
<b>15</b>	indeferido	Inexistência de obrigação contratual, medicamento de uso domiciliar, autogestão.
<b>6</b>	indeferido	Inexistência de obrigação contratual, exames não cobertos, autogestão
<b>10</b>	deferido	Lei 9.656/1998 (art. 35-C) e a RN CONSU nº 13/1998, urgência obstétrica.
<b>16</b>	deferido	Previsão na ANVISA, dever de cobertura para doença coberta pelo contrato
<b>1</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, procedimento para doença coberta pelo contrato
<b>2</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, procedimento para doença coberta pelo contrato
<b>7</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, procedimento para doença coberta pelo contrato
<b>8</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, procedimento para doença coberta pelo contrato
<b>14</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, procedimento para doença coberta pelo contrato
<b>18</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, procedimento para doença coberta pelo contrato
<b>19</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, procedimento para doença coberta pelo contrato
<b>9</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, RN 539/2022 e Lei 12764/2012, Lei 14454/2022
<b>5</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo, RN 539/2022 e Lei 12764/2012, Lei 14454/2022
<b>3</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo. Plano de autogestão, não se aplica o CDC
<b>20</b>	deferido	Rol da ANS exemplificativo. Plano de autogestão, não se aplica o CDC

*Tabela 3 - Teses jurídicas aplicadas aos casos judicializados no Tribunal de Justiça de Alagoas*  
 Fonte: autor (2024)

Dessa forma, a análise das teses e decisões judiciais revela a complexidade da aplicação do "rol da ANS exemplificativo" e a importância da legislação vigente na proteção dos direitos dos consumidores de planos de saúde. A prevalência do entendimento de que a falta de previsão expressa no rol da ANS não impede a cobertura de tratamentos prescritos, desde que atendidas as condições legais, reforça a necessidade de uma interpretação favorável ao consumidor. Além disso, a

aplicação das teses de proteção ao consumidor e do dever de cobertura nos casos de urgência demonstra o compromisso do Judiciário em assegurar a intenção primeira daquele que contrata os serviços privados de assistência à saúde. Nesse sentido, é fundamental que haja uma harmonização entre as normas e uma maior fiscalização sobre as práticas dos planos de saúde, visando garantir o acesso efetivo aos tratamentos necessários e respeitar os direitos dos beneficiários.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa contribui significativamente para o meio acadêmico ao proporcionar uma análise detalhada e crítica sobre a judicialização dos contratos de planos de saúde no Brasil, especialmente em Alagoas. Ao abordar a interação entre a legislação aplicável – em especial o Código de Defesa do Consumidor (CDC) – e as decisões judiciais, o estudo enriquece a compreensão de como o sistema de saúde suplementar, no que se refere às negativas de tratamento, deve se comportar diante da interpretação de cláusulas contratuais cujo objeto se renova a cada evolução da ciência médica. A reflexão acadêmica sobre a proteção dos beneficiários dos contratos de plano de saúde, diante de cláusulas abusivas e da recusa de cobertura de tratamentos, oferece subsídios valiosos para as futuras investigações e discussões acadêmicas, sociais, legislativas e jurídicas.

Os resultados obtidos demonstram um cenário de crescente judicialização das relações contratuais entre usuários do sistema de saúde suplementar e operadoras de planos de saúde. O aumento de processos judiciais nos últimos anos evidencia a insatisfação dos beneficiários com a recusa de serviços e tratamentos e uma resistência das operadoras de planos de saúde em cumprir os entendimentos já pacificados, destacando a relevância da atuação do Poder Judiciário na aplicação das normas de ordem pública previstas no CDC. A pesquisa identificou que, em Alagoas, 85% dos casos foram julgados favoráveis aos consumidores em primeira instância, com um aumento para 90% em segunda instância, o que reflete uma tendência de deferimento das ações que envolvem o direito à saúde.

Os achados mostram uma convergência entre as decisões judiciais e a aplicação das normas do CDC, especialmente em casos de cláusulas abusivas expressas no contrato ou construídas por má-interpretação, onde a legislação mostrou-se eficiente para assegurar o direito à saúde. No entanto, também foi identificado que as situações envolvendo planos de saúde de autogestão apresentam maiores dificuldades para os beneficiários dessa espécie, uma vez que esse tipo de contrato, em muitos casos, não está submetido às mesmas regras de proteção previstas no CDC (Súm. 608 STJ). Já nos casos de urgência e emergência a aplicação do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998 foi suficiente.

A análise dos recursos utilizados no estudo, como a pesquisa jurisprudencial e a análise crítica das decisões, permitiu traçar um panorama detalhado sobre a interpretação das cláusulas contratuais abusivas. Observou-se que a maioria dos casos deferidos pelo Tribunal de Justiça de Alagoas baseia-se em dispositivos legais como o artigo 47 (interpretação mais favorável ao consumidor) e o artigo 51 (nulidade de cláusulas abusivas) do CDC. Essas decisões reforçam o papel do Judiciário em reequilibrar as relações contratuais, assegurando que os consumidores tenham acesso aos tratamentos de saúde necessários à recuperação.

Para futuras pesquisas, sugere-se o aprofundamento da análise sobre a aplicabilidade do CDC em outros estados e a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulamentação e fiscalização dos contratos de planos de autogestão, verificando que pouco se viu falar na autoridade reguladora durante a análise das decisões do STJ e do TJAL. Nesse sentido, buscando entender as particularidades das resoluções normativas da ANS e as razões que justificam a ausência de proteção do consumidor fundamentada nesses normativos, é possível diminuir a judicialização tornando os normativos mais conhecidos. Também seria interessante investigar mais a fundo a eficácia das políticas públicas voltadas para a redução da judicialização da saúde através da atuação dos NIJUS e NATJUS, especialmente em regiões com alto índice de litígios.

Dessa forma, concluímos que este trabalho alcançou seus objetivos ao demonstrar como o Código de Defesa do Consumidor é fundamental na proteção dos beneficiários de planos de saúde diante de cláusulas abusivas. A pesquisa reforça a importância da intervenção judicial para garantir o acesso à saúde e contribuir para a manutenção do equilíbrio nas relações contratuais. Ao final, as descobertas indicam que, embora haja desafios, o CDC continua a ser um instrumento eficaz para assegurar os direitos dos consumidores no contexto da saúde suplementar no Brasil mesmo após a edição da Lei nº 9.656/1998 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Jornada do beneficiário - Defeso.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/jornada-do-beneficiario-defeso.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BARROS, A. J. D. S.; LEHFELD, N. A. D. S. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 3ª. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BARROS, Marcia Cristina Cardoso de. **Contratos de planos de saúde: princípios básicos da atividade.** In: **JUDICIALIZAÇÃO da saúde.** Rio de Janeiro: Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

BIAZEVIC, Juan et al. **A aplicação prioritária do rol de procedimentos obrigatórios na saúde suplementar.** 2023. Preprint submetido em 16 de junho de 2023 a XXX. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6266>. Acesso em: 21 set. 2024.

BIAZEVIC, Juan Paulo Haye. **Interpretação de contratos: os limites de cobertura dos planos de saúde.** São Paulo: Editora Dialética, 2023.

BOTTESINI, Angêlo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde: comentada artigo por artigo.** Rio de Janeiro: Editora Forense, 2015. p. 109.

BRANCAGLION, Matheus. **Da judicialização ao advocacy: a atuação dos poderes no caso do rol (taxativo) da ANS.** Saúde e Sociedade, v. 33, p. e220711pt, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **CNJ e TJAL discutem judicialização da saúde com instituições da Justiça e do Executivo.** Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-e-tjal-discutem-judicializacao-da-saude-com-instituicoes-da-justica-e-do-executivo/>. Acesso em: 29 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 04 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm). Acesso em: 02 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm#:~:text=L9656&text=LEI%20N%C2%BA%209.656%2C%20DE%203%20DE%20JUNHO%20DE%201998.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20planos%20e%20seguros%20privados%20de%20as](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm#:~:text=L9656&text=LEI%20N%C2%BA%209.656%2C%20DE%203%20DE%20JUNHO%20DE%201998.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20planos%20e%20seguros%20privados%20de%20assist%C3%Aancia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde) sist%20C3%Aancia%20%C3%A0%20sa%20C3%BAde. Acesso em: 18 mar. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013.** Dispõe sobre a atuação médica. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2013/lei/l12842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2013/lei/l12842.htm). Acesso em: 28 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.** Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm). Acesso em: 29 set. 2024.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça de Alagoas. **AC: 0022221-60.2011.8.02.000**; Relator: Des. Tutmés Airan de Albuquerque Melo; Comarca: Foro de Maceió; Órgão julgador: 1ª Câmara Cível; Data do julgamento: 14 dez. 2023; Data de registro: 19 dez. 2023. Disponível em: <https://www2.tjal.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=511650&cdForo=0>. Acesso em: 04 out. 2024.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça de Alagoas. **Agravo de Instrumento: 0809537-53.2023.8.02.0000**; Relator: Des. Fábio Costa de Almeida Ferrario; Comarca: Foro de Maceió; Órgão julgador: 4ª Câmara Cível; Data do julgamento: 14 dez. 2023; Data de registro: 14 dez. 2023. Disponível em: <https://www2.tjal.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=510055&cdForo=0>. Acessado em: 21 set. 2024.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial: 402727 SP 2001/0191409-5**, Relator: Ministro Castro Filho, Terceira Turma, Data de julgamento: 09 dez. 2003. Data de publicação: DJ 02 fev. 2004, p. 333. RNDJ vol. 52, p. 133;

RSTJ vol. 197, p. 289.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Interno no Recurso Especial: 1962572 SP 2021/0274369-2**, Relator: Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, Data de julgamento: 21 fev. 2022. Data de publicação: DJe 14 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **REsp n. 1.733.013**, Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Data de julgamento: 01 ago. 2019. Diário da Justiça Eletrônico, 01 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **REsp n. 1.876.630/SP**, Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Terceira Turma. Data de julgamento: 09 mar. 2021. Diário da Justiça Eletrônico, 11 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **REsp n. 1.889.704**, Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Data de julgamento: 11 fev. 2021. Diário da Justiça Eletrônico, 11 fev. 2021.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Segunda Seção fixa teses sobre obrigação de plano de saúde custear cirurgia plástica após bariátrica.** Disponível em:

<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/21092023-Segunda-Secao-fixa-teses-sobre-obrigacao-de-plano-de-saude-custear-cirurgia-plastica-apos-Bariatrica.aspx#:~:text=Na%20primeira%20tese%2C%20o%20colegiado,do%20tramento%20da%20obesidade%20m%C3%B3rbida>. Acesso em: 29 set. 2024.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Resp.: 1870837/SP**; Relator: Min. Ricardo Villas Bôas; Órgão julgador: S2 Segunda Seção; Data do julgamento: 13 set. 2023; Data de registro: 19 set. 2023. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo\\_documento=documento](https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo_documento=documento)

ento&componente=MON&sequencial=137792591&tipo\_documento=documento&num\_registro=202001008780&data=20211103&formato=PDF. Acesso em: 29 set. 2024.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no AgRg no AREsp 90117 SP 2011/0215787-0**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/24183779>. Acesso em: 04 out. 2024.

\_\_\_\_\_. **Súmula 597 do Superior Tribunal de Justiça**. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/toc.jsp?livre=%27597%27.num.&O=JT#:~:text=S>

%C3%BAmulas%20em%20PDF&text=1%20s%C3%BAmula%20encontrada%20com:%20%22597,num. Acesso em: 04 out. 2024.

\_\_\_\_\_. **Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça**. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?pesquisaAmigavel=+%3Cb%3E%22609%22.num.%3C%2Fb%3E&b=SUMU&ordenacao=->

%40NUM&numDocsPagina=10&i=1&O=&ref=&processo=&ementa=&materia=&situacao=&orgao=&data=&dtpb=&dtde=&operador=e&livre=%22609%22.num. Acesso em: 04 out. 2024.

FONSECA, João Bosco Leopoldino da. **Cláusulas abusivas**. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 16, p. 52-62, out./dez. 1995. p. 62.

GONÇALVES, Guilherme Oscar et al. **A natureza do rol de procedimentos da ANS após alterações com a Lei 14.454 de 21 de setembro de 2022**. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/243968>. Acesso em: 20 set. 2024.

GOMES, Melissa Rocha. **Rol Taxativo Mata**. Lagarta Vira Pupa, 28 jun. 2022. Disponível em: <https://www.lagartavirapupa.com.br/roltaxativomata>. Acesso em: 04 out. 2024.

JUSTIÇA, C. N. de. **Painéis de Informação DATAJUD**. 2024. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 29 set. 2024.

JÚNIOR, Nelson; NERY, Rosa. **Seção II. Das cláusulas abusivas**. In: JÚNIOR, Nelson; NERY, Rosa. *Leis Processuais Civis Comentadas e Anotadas*. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais, 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/leis-processuais-civis-comentadas-e-annotadas/1153056402>. Acesso em: 10 set. 2024.

LIMA, Maria da Silva. **Saúde Suplementar no Brasil: desafios e perspectivas**. São Paulo: Editora Jurídica, 2018.

MACEDO JÚNIOR, Ronaldo Porto. **Contrato previdenciário como contrato relacional**. Boletim Jurídico, Uberaba/MG, a. 31, n. 1. Disponível em: <https://www.boletimjuridico.com.br/artigos/direito-previdenciario/160/contrato-previdenciario-como-contrato-relacional>. Acesso em: 28 set. 2024.

MARQUES, Claudia Lima. **Contratos no código de defesa do consumidor**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. p. 802.

\_\_\_\_\_; SCHMITT, Cristiano Heineck. **Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor**. 2013. p. 48-55.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

\_\_\_\_\_. **Capítulo I. Disposições gerais**. In: MARQUES, Claudia. *Comentários ao Código de Defesa do Consumidor*. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais, 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/comentarios-ao-codigo-de-defesa-do-consumidor/1199048235>. Acesso em: 10 set. 2024.

\_\_\_\_\_. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2020.

MARQUES, Claudia; BENJAMIN, Antonio; MIRAGEM, Bruno. **Seção II. Das Cláusulas Abusivas**. In: MARQUES, Cláudia; BENJAMIN, Antonio; MIRAGEM, Bruno. *Comentários ao Código de Defesa do Consumidor*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/comentarios-ao-codigo-de-defesa-do-consumidor/1440743357>. Acesso em: 12 set. 2024.

MARQUES, Elmer da Silva. **Planos de saúde e relação de consumo: sobre o princípio da não intervenção em orientação terapêutica**. *Espaço Jurídico: Journal of Law*, v. 16, n. 2, p. 533-554, 2015. Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7277364>. Acesso em: 23 ago. 2024.

MEDINA, José; ARAÚJO, Fábio. **Seção I. Disposições gerais**. In: MEDINA, José; ARAÚJO, Fábio. *Código Civil Comentado*. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais, 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/codigo-civil-comentado/1620614633>. Acesso em: 11 set. 2024.

MORAES, José Carlos. **Direito à Saúde e Planos de Saúde: uma abordagem crítica**. 3. ed. São Paulo: Editora Jurídica, 2019.

MOREIRA, Layla Cardoso. **Título do trabalho ou artigo (se disponível)**. Dissertação (ou Tese, Relatório, etc.) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 20XX. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/5204/1/laylacardosomoreira.pdf>. Acesso em: 04 out. 2024.

NUNES, José Reinaldo. **Planos de Saúde e a Proteção do Consumidor: uma análise jurídica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

RIANI, Marlus Keller. **Planos de saúde: a harmonização dos interesses na relação de consumo**. Nova Lima, 2010. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-07/2011D1%20-%20MARLUS.pdf>.

Acesso em: 29 set. 2024.

SANTOS, João. **Regulamentação dos Contratos de Planos de Saúde no Brasil**.

2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

SCHMITT, Cristiano Heineck. **Cláusulas abusivas em contratos de planos e de**

**seguros de assistência privada à saúde.** *Facultad de Derecho*, p. 37, 2010.

SCHMITT, Cristiano. **Cláusulas abusivas nas relações de consumo.** São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais, 2014. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/clausulas-abusivas-nas-relacoes-de-consumo/1341593959>. Acesso em: 10 set. 2024.

SCHULMAN, Gabriel. **A “reinvenção” dos critérios para cobertura de tratamentos nos planos de saúde na jurisprudência do STJ: registro na Anvisa – sine qua non, rol da ANS – je ne sais quoi.** In: GOLDBERG, Ilan; JUNQUEIRA, Thiago. *Temas atuais de direito dos seguros.* São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais, 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/temas-atuais-de-direito-dos-seguros/1201071781>. Acesso em: 11 set. 2024.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Súmula 143.** Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/jt/doc.jsp?livre=%27143%27.tit>. Acesso em: 4 out. 2024.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **REsp n. 1.554.448/PE.** Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?pesquisaAmigavel=+%3Cb%3EA+inser%E7%E3o+de+cl%E1usula+de+ren%FAncia+em+declara%E7%E3o+de+sa%FAde+%E9+abusiva%3C%2Fb%3E&b=ACOR&tp=T&numDocsPagina=10&i=1&O=&ref=&processo=&ementa=&nota=&filtroPorNota=&orgao=&relator=&uf=&classe=&juizo=&data=&dtpb=&dtde=&operador=e&p=true&livre=A+inser%E7%E3o+de+cl%E1usula+de+ren%FAncia+em+declara%E7%E3o+de+sa%FAde+%E9+abusiva>. Acesso em: 4 out. 2024.

**Tema 990 - Superior Tribunal de Justiça.** Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=990&cod\\_tema\\_final=990](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=990&cod_tema_final=990). Acesso em: 05 out. 2024.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. **Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras.** *Revista de Direito Sanitário*, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018.