

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE DIREITO BACHARELADO

SALOMÃO CORREA AMORIM

**SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E A NEGATIVA DE TRATAMENTOS PELAS
OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE:** inércia do Judiciário ou conduta ilícita não
observada?

São Luís

2025

SALOMÃO CORREA AMORIM

**SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E A NEGATIVA DE TRATAMENTOS PELAS
OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE: inércia do Judiciário ou conduta ilícita não
observada?**

Monografia apresentada ao Curso de Direito
Bacharelado da Universidade Estadual do
Maranhão como requisito de obtenção do grau
de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jaqueline Alves da
Silva Demétrio.

São Luís

2025

SALOMÃO CORREA AMORIM

**SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E A NEGATIVA DE TRATAMENTOS PELAS
OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE: inércia do Judiciário ou conduta ilícita não
observada?**

Monografia apresentada ao Curso de Direito
Bacharelado da Universidade Estadual do
Maranhão como requisito de obtenção do grau
de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jaqueline Alves da
Silva Demétrio.

Aprovado em: 10/07/2025

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **JAQUELINE ALVES DA SILVA DEMETRIO**
Data: 23/09/2025 10:51:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dra. Jaqueline Alves da Silva Demétrio
Doutora em Direito
Universidade Estadual do Maranhão

Documento assinado digitalmente
 **GUSTAVO LUIS DE MOURA CHAGAS**
Data: 23/09/2025 05:55:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Me. Gustavo Luís Moura Chagas
Mestre em Educação
Universidade Estadual do Maranhão

Documento assinado digitalmente
 **MANOEL FERREIRA RAMOS**
Data: 23/09/2025 09:51:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Me. Manoel Ferreira Ramos
Mestre em Direito
Universidade Estadual do Maranhão

Amorim, Salomão Correa.

Saúde Suplementar no Brasil e a negativa de tratamentos pelas operadoras de plano de saúde: inércia do judiciário ou conduta ilícita não observada? / Salomão Correa Amorim. - São Luís - MA, 2025.

61 f.

Monografia (Graduação em Direito) - Universidade Estadual do Maranhão, São Luís, 2025.

Orientador: Profa. Dra. Jaqueline Alves da Silva Demétrio.

1. Saúde Suplementar. 2. Planos de saúde. 3. Negativa de tratamento. 4. Serviços de saúde. I. Título.

CDU: 364.69:616-08-021.161(81)

RESUMO

Apesar da Constituição Federal de 1988 consagrar como garantia social fundamental o direito à saúde, os esforços governamentais na figura do Sistema Único de Saúde para a concretização desse preceito constitucional mostram-se infrutíferas, razão pela qual a Saúde Suplementar possui tanta veemência no cenário nacional. Contudo, apesar de servir como um meio de escape à situação desfavorável de bem-estar público, o cidadão, na figura de beneficiário das operadoras de plano de saúde (OPS) se vê desamparado, por vezes, em momentos críticos de sua higidez ou de seus dependentes, nas ocasiões de negativa de o acesso a tratamentos, procedimentos ou medicamentos, o que força o beneficiário a ingressar em juízo para obter o acesso ao já previsto em contrato de serviços de saúde. Observado este problema, o presente estudo tem o objetivo principal de analisar, a título de pesquisa, as razões para ocorrência da alta demanda de processos da área da saúde envolvendo negativa de prestação de serviço conforme a legislação e jurisprudência vigentes. Isso será demonstrado através de análise do disposto nas legislações que versem sobre contratos e nas normas específicas de saúde, buscando por lacunas normativas que viabilizem a posição antagonista das operadoras de planos de saúde, ocasião que será demonstrada a ilicitude do posicionamento das operadoras, identificando as principais áreas de ocorrência do fenômeno, finalizando com a apresentação de movimentos opositores das agências de regulação de saúde e cortes de justiça, no combate a este fenômeno.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar, Planos de Saúde, Negativa de Tratamento, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Although the 1988 Federal Constitution enshrines the right to health as a fundamental social guarantee, governmental efforts, embodied in the Unified Health System, to fulfill this constitutional mandate have proven ineffective. Consequently, the Supplementary Health sector has acquired significant prominence in the national landscape. However, while it may serve as an alternative to the shortcomings of public healthcare, individuals, acting as beneficiaries of Health Plan Operators, often find themselves unassisted at critical moments concerning their own health or that of their dependents. This typically occurs when access to treatments, procedures, or medications is denied, compelling the beneficiary to seek judicial intervention in order to obtain services that are already contractually guaranteed. In light of this issue, the primary objective of this study is to investigate, from a research perspective, the reasons behind the high volume of legal actions in the healthcare sector involving the denial of service provision, in accordance with current legislation and jurisprudence. This will be demonstrated through an analysis of legal provisions governing contracts and specific health regulations, with the aim of identifying normative gaps that enable the antagonistic stance of health plan operators. The unlawfulness of such conduct will be established, the main areas where this phenomenon occurs will be identified, and the study will conclude by presenting the countermeasures adopted by health regulatory agencies and judicial bodies to combat this issue.

Keywords: Supplementary Health, Health Insurance Plans, Denial of Treatment, Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPT	Cobertura Parcial Temporária
INAFF	Instituto Nacional de Assistência de Farmacêutica e Farmacoeconomia
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LPS	Lei dos Planos de Saúde (L. 9656/1998)
OPS	Operadoras de Plano de Saúde
RPES	Rol de Procedimentos e Eventos da Saúde
STJ	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista

O fim do direito é a paz, o meio de que se serve para consegui-lo é a luta. Enquanto o direito estiver sujeito às ameaças da injustiça – e isso perdurará enquanto o mundo for mundo - , ele não poderá prescindir da luta. A vida do direito é a luta: Luta dos povos, dos governos, das classes sociais, dos indivíduos.

(Rudolph Von Ihering)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade de contribuir para a sociedade que estou inserido através do fenômeno jurídico, fonte de mudança social e de obtenção de garantias inerentes à experiência humana.

Aos meus pais Cipriano Amorim Filho e Conceição de Maria Correa Amorim, pelo amor, ensino, patrocínio e motivação ao longo não somente desta graduação, mas também da vida, dando sangue e suor para que seus filhos tivessem dignidade e capacidade de viver autonomicamente.

À minha avó, Maria Antônia do Espírito Santo Santos Correa, por me acompanhar em oração em cada dia da graduação.

À minha tia, Ednilde Socorro de Jesus Correa, por sempre me apoiar em meus empreendimentos e aspirações.

Ao meu amor, Ana Débora da Silva Veloso, que evoluiu de uma simples amiga para a companheira de meus dias, auxiliando-me em todas as necessidades possíveis e sendo minha incentivadora nos dias de adversidade.

À Universidade Estadual do Maranhão, por ter oportunizado o acesso ao conhecimento jurídico, e por ter aberto as portas para o mundo profissional ético e responsável.

À minha orientadora, Prof. Dra. Jaqueline Alves da Silva Demétrio, que prontamente me aceitou como orientando, e cujas inferências foram vitais para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos de caminhada acadêmica, Adonay Ramos Moreira, Celton D'Luka Baima Duarte, Julia Caroline dos Anjos Silva, e Lucia Vanessa Jansen Ferreira dos Santos, por serem meus irmãos de curso, tendo feito a caminhada até a graduação ser menos árdua e mais acidamente cômica.

Ao nobre amigo José de Jesus Salles de Nascimento, pelos *insights* apropriados para a realização deste trabalho, e pela contribuição de alegria, comicidade e pensamento crítico não somente do Direito, mas como da vida.

Aos professores José Caldas Góis Júnior, Rodrigo Bastos da Silva Raposo, Vail Altalurgio Filho, Hugo Assis Passos e Marco Antonio Martins da Cruz, e também Jaqueline Alves da Silva Demétrio, pelas aulas inspiradoras e por demais benfeitorias acadêmicas que me beneficiaram ao longo da graduação.

Ao meu padrinho Antônio José Almeida Veras, que me apoiou financeiramente e moralmente em tempos de carestia.

Finalmente, ao Círculo de Oração Filhas de Sião, por sempre orarem pelos estudantes da Congregação Anil, mantendo-os na vereda da retidão em seus joelhos dobrados.

A religião que Deus, o nosso Pai, aceita como pura e imaculada é esta: cuidar dos órfãos e das viúvas nas suas aflições e não se deixar corromper pelo mundo (Tiago 1:27).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. O SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE.....	14
2.1. O direito à saúde como garantia constitucional.....	14
2.2. Origens do Sistema Suplementar de Saúde.....	16
2.3. O Sistema Suplementar de Saúde conforme a legislação especializada	19
3. A NEGATIVA DE COBERTURA PELOS PLANOS DE SAÚDE	21
3.1. Noções de cobertura de plano de saúde segundo a Lei 9.656/1998 e a RN nº 465/2021	21
3.2. A negativa de cobertura na multiplicidade de processos envolvendo planos de saúde	27
3.3. Principais matérias de negativa de cobertura em processos	28
4. A ILICITUDE DA CONDUTA DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE	32
4.1. A inicial inexistência de ausência legislativa como demonstrador da ilicitude das operadoras de planos de saúde	32
4.2. A abusividade contratual das OPS segundo a ótica do Código de Defesa do Consumidor	37
4.3. A omissão dos órgãos de controle e do Poder Judiciário na multiplicidade de processos	43
5. MOVIMENTOS DE REGULAÇÃO À NEGATIVA DE COBERTURA EM JUÍZO .	45
5.1 A leniência da ANS como fator de impulsão da atividade dos Tribunais	45
5.2 A atuação do Conselho Nacional de Saúde como regulador das atividades da ANS	47
5.3 Comportamento jurisprudencial dos Tribunais no tocante à abusividade das operadoras	49
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55

1. INTRODUÇÃO

Dentre o conjunto das garantias fundamentais e essenciais concedidas ao ser humano, a saúde foi um dos últimos a ser oficializado em tratados internacionais. Prova disto é que a ideia de saúde como direito surge formalmente a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948, institucionalizada pela Organização das Nações Unidas, após os eventos inóspitos e repletos de excessos da Segunda Grande Guerra.

Conscrita no artigo 25, a concepção do tratado engloba a saúde como parte das garantias que envolvem o padrão de vida minimamente capaz de manter sua dignidade como ser humano, sem efetivamente ter uma distinção autônoma ainda.

Na esfera nacional, o direito à saúde também teve uma tardia concepção, pois apenas na última das constituições geradas pelo progressivo ordenamento jurídico brasileiro que veio a ser listado como garantia fundamental, também fruto de um contexto adverso na matéria de bem-estar público, conforme se infere de movimentos antecedentes como a Reforma Sanitária.

Apesar de estar elencado como um dos direitos sociais pela Carta Magna, a concretização de tal premissa constitucional ainda não se demonstrou na sociedade brasileira, pela presença de problemas crônicos, como a falta de financiamento do sistema público de saúde, infraestrutura insuficiente, superlotação, dentre outros.

Nesse cenário, os cidadãos que possuem uma certa quantia de renda, em um esforço de obter melhores condições de atendimento médico-hospitalar sem dispor de uma grande parcela de seus limitados recursos econômicos, recorrem ao setor privado de saúde na promessa de receber assistência imediata e abrangente às suas necessidades clínicas.

Contudo, embora haja a pretensão de auxílio médico superior, ocorre que, na aquisição de tratamentos, procedimentos, medicamentos e exames, o indivíduo se vê desamparado pela operadora de plano de saúde, necessitando de intervenção jurídica para a garantia do recurso negado.

Para demonstração estatística de relevância de discussão desse problema, a Sala de Situação, instrumento de levantamento de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, registrou, em novembro de 2024, o total de 51.508.727 de usuários em assistência médica, sendo que, em caráter médico-hospitalar, houve um crescimento de 843.791 beneficiários em relação ao mesmo período no ano anterior¹.

¹ ANS divulga dados de beneficiários em novembro de 2024. Governo Federal.

Apesar dessa constante hipertrofização do setor de saúde suplementar, segundo o Consultor Jurídico, é igualmente crescente o número de processos judiciais envolvendo as OPS, com o índice de 300 mil novos casos no ano passado². Desses, 64,7% versam sobre a necessidade de tratamento médico e 17,9% são de fornecimento de medicamentos.

Nesse sentido, o problema que o presente estudo se propõe a examinar quais são as razões motivantes de ocorrência da postura abusiva por parte das OPS, quer sejam causadas por razão de silêncio normativo acerca das situações de cobertura assistencial na redação da legislação especializada que venha a permitir essa posição das OPS, quer seja por uma omissão do Poder Judiciário na emissão de decisões de mérito do tópico.

Desta feita, o objetivo geral da pesquisa envolve, após demonstrar a ilegalidade da conduta dos planos de saúde, definir os motivadores da alta quantidade de processos judiciais da saúde suplementar relacionados à negativa de cobertura de acordo com a norma específica e conforme a jurisprudência atual.

Para se alcançar esse ponto, inicialmente será apresentado o Sistema Suplementar de Saúde, contendo a concepção de saúde nos termos da Constituição Federal, sucedida pelo resgate histórico do Sistema Suplementar de Saúde e sua existência conforme a legislação especializada, qual seja, a Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde).

Após isso, na seção seguinte, será demonstrada a negativa de cobertura, constituída pelas noções de cobertura assistencial, atentando-se para o previsto na norma da saúde, e para as principais matérias presentes nos processos, fitando a inconstitucionalidade da prática.

Em seguida, será apontada a ilicitude da conduta dos planos de saúde, conforme os parâmetros contratuais do Código Civil e de Defesa do Consumidor, numa ótica contratual do problema, atacando as alegações dos planos de saúde conforme as citadas normas.

Por fim, na última seção da pesquisa, serão apresentados os movimentos de contraponto ao fenômeno, desde as agências de regulação, até a expressão da jurisprudência na atenuação da alta demanda de processos.

² Número de ações contra planos de saúde dobra em três anos. Consultor Jurídico.

2. O SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE

É imprescindível que antes de adentrar nas especificidades do sistema suplementar de saúde, compreenda-se os fundamentos constitucionais e legais que sustentam o direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro.

A atuação das operadoras de planos de saúde deve ser analisada não apenas sob a ótica contratual, mas também à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e das garantias sociais previstas na Constituição de 1988.

Somente a partir desse alicerce normativo é possível avaliar, com profundidade, a legalidade da atuação dessas entidades privadas e as consequências jurídicas da negativa de cobertura assistencial. Desta feita, faz-se necessária a abordagem inicial sobre o direito à saúde como garantia constitucional, para, em seguida, explorar a origem, evolução e regulamentação do sistema suplementar no Brasil.

2.1. O direito à saúde como garantia constitucional

Inicialmente subtendido na redação do artigo 5º, *caput*³, através da inviolabilidade do direito à vida, o direito à saúde está circunscrito expressamente no dispositivo que encabeça o capítulo dos direitos sociais⁴, posteriormente regulado como de competência de concretização e assistência dos entes públicos⁵.

É também abarcado como um dos elementos da seguridade nacional, no artigo 194 da Carta Magna⁶, mais detalhado na segunda seção do capítulo que trata a proteção social, nos artigos 196 a 200, dos quais o primeiro finca explicitamente a saúde como garantia a ser observada pelo Estado:

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

³ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, **garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes [...] (grifo nosso).

⁴ Art. 6º **São direitos sociais** a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (grifo nosso).

⁵ Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:[...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

⁶ Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

A Constituição Federal de 1988, em sua essência material, foi uma mudança completa de paradigma em diversas áreas, especialmente no que tange aos direitos fundamentais e sociais a serem salvaguardados pelo Estado de Direito brasileiro. Dentre estas garantias elevadas ao status de essencial à dignidade humana, está a saúde. Como nos ensina Leny Pereira da Silva⁷,

As Constituições brasileiras do passado não foram totalmente omissas quanto à questão da saúde, já que todas elas apresentavam normas tratando dessa temática, geralmente com o intuito de fixar competências legislativas e administrativas. Entretanto, a Constituição de 1988 foi a primeira a conferir a devida importância à saúde, tratando-a como direito social-fundamental, demonstrando com isso uma estreita sintonia entre o texto constitucional e as principais declarações internacionais de direitos humanos [...].

Na mesma direção apontam Clenio Schulze e Gebran Neto⁸, lecionando que

A dignidade da pessoa humana precisa ser interpretada em três perspectivas: (a) individual, quando é referente a cada pessoa; (b) universal, todas as pessoas sem discriminações e; (c) no âmbito livre, considerado cada homem como ser autônomo (Andrade, 1976). A dignidade projeta-se de forma multifacetada, englobando conjuntamente a perspectiva solitária — individual — e a dimensão social — solidária e representa, também, a superação da intolerância, da discriminação, da exclusão social, da violência, da impossibilidade de aceitar a pessoa diferente. [...] O conjunto de prestações que envolvem o mínimo existencial, pressupõe, portanto ao menos: renda mínima, saúde, moradia e educação fundamental. [...] Nesse contexto, a Constituição exige que a jurisdição constitucional seja prestada com a observância da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial.

Tais determinações são uma culminação não somente do movimento nacional, contemporâneo à instituição da CF/88, em prol da institucionalização da saúde, como representado pela Reforma Sanitária e suas repercussões na concepção jurídica-social da saúde como direito fundamental, fato a ser demonstrado no subtópico seguinte, mas também por seguir a dinâmica mundial normativa acerca da saúde, iniciada veementemente na metade do século XX, principalmente pela Declaração dos Direitos Humanos de 1948:

É oportuno ressaltar que declarações internacionais foram fundamentais para o reconhecimento dos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde. Isso porque após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo todo restou abalado com as atrocidades sofridas e a sociedade internacional passou a questionar as condições humanas e a necessidade de garantia efetiva dos direitos humanos, os Estados viram-se obrigados a atribuir sentido concreto aos direitos sociais. Este movimento iniciou-se em 1948 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, ‘fonte mais importante das modernas constituições’, estabelecendo um vasto campo de dispositivos referentes aos direitos sociais, em especial a saúde. [...] No Brasil, a influência proporcionada por essas declarações de direitos atingiu seu ponto máximo com a promulgação da Constituição Federal de 1988, cujo texto apresenta diversos dispositivos que tratam

⁷ SILVA, 2008, p. 18.

⁸ SCHULZE & NETO, 2019, p. 28.

especialmente da saúde, tendo sido reservada, ainda, uma seção específica sobre o tema dentro do capítulo destinado à Seguridade Social [...] (Pereira, 2008).

Nesse mesmo sentido, nos indica Carlos Gomes Brandão que⁹:

No plano internacional, a própria Declaração Universal da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, declara expressamente que a saúde e o bem-estar da humanidade são direitos fundamentais do ser humano. No mesmo sentido, nas convenções e nos tratados internacionais, reconhecidos e ratificados pelo Brasil, também são encontradas referências ao direito à saúde como direito social fundamental. Não obstante aqueles que questionam a constitucionalização do direito à saúde, muitas vezes até negando a sua condição de direito fundamental, a constituição brasileira, afinada com o ordenamento jurídico internacional, agasalha a saúde como direito social fundamental, de modo que a tutela de tal direito encontra em nosso ordenamento dupla proteção, formal e material [...] (Brandão, 2006).

Após estabelecer a tais parâmetros para a garantia, a CF/88 estabelece a propositura de regulamentação da saúde através de lei federal, o que haveria de desembocar na promulgação da Lei Nº 8.080/1990, assim como legislações complementares à essa, a exemplo das leis 8.142/1990, (participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), 9.656/1998 (planos e seguros privados de assistência à saúde) e 9.961/00 (lei regulamentadora da ANS), em seguida apontando para a criação do SUS¹⁰, auxiliado pela iniciativa privada, o que viria a ser a Saúde Suplementar, finalizando com as atribuições do SUS.

Conforme se entende do exposto, o direito à saúde é uma garantia ricamente fundamentada na norma maior brasileira, amparada pelo contexto sociojurídico nacional e internacional, que, se observada conforme o parâmetro teórico da legislação, proporciona aos cidadãos uma sociedade plenamente compromissada com a higidez de seus indivíduos, infelizmente contudo, não sendo realizado no quadro fático social.

2.2. Origens do Sistema Suplementar de Saúde

Inicialmente, há de se pontuar que a Saúde Suplementar, antes mesmo da vigência da CF/88, formou-se a partir de uma ausência de políticas públicas relacionadas à saúde, em tal cenário que, diante da despreocupação estatal quanto às mazelas de bem-estar físico da população, proativamente agiu em favor de satisfazer uma necessidade constante dos agregamentos humanos.

⁹ BRANDÃO, 2006, p. 13.

¹⁰ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes [...].

O entendimento dos teóricos sobre o assunto é que, diante do contexto de descaso estatal, entidades nacionais beneficentes e filantrópicas mobilizaram-se para suprir a carência do quadro médico-assistencial:

[...] a organização das ações e serviços públicos de saúde no Brasil é muito recente, e, no plano constitucional, somente a partir da Constituição de 1934 é que se começou a tratar do assunto. No período Colonial a ação do Estado nesse campo foi insignificante, e **durante quatro séculos a assistência à saúde era prestada pelas Santas Casas de Misericórdia** (grifo nosso)¹¹.

O setor privado de saúde teve sua origem na medicina liberal e nas entidades beneficentes e filantrópicas. Sua força sempre foi muito grande no Brasil, tanto que já na década de 1950 se constatava que os hospitais privados tinham maior participação na atenção à saúde do que os públicos, contemplando 62,1% do total de leitos existentes no país (grifo nosso)¹².

O formato suplementar de saúde no Brasil possui registros datados da década de 1930, quando era apenas um benefício oriundo de direitos trabalhistas, no formato de grupos de autogestão¹³. Na década seguinte, despontaram as caixas de assistência, cuja atividade residia na possibilidade de realização de empréstimo ou ressarcimento a empregados que não fossem abrangidos pelo sistema de previdência social.

Posteriormente, entre 1950 e 1970 vieram a surgir as primeiras empresas de planos de saúde de fato — a Policlínica Central, em São Paulo, no ano de 1956 e a cooperativa médica brasileira — a Unimed (União dos Médicos), em 1967¹⁴. Também neste período houve expansão do setor privado, referente à incapacidade de atendimento de demanda de saúde pública pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)¹⁵.

Das décadas de 70 até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a atividade privada, já impulsionada pelo insucesso público de amparar a demanda pública nacional, se viu mais uma vez estimulada, dessa vez pela atividade do INAMPS, fundado em 1974, e do SINPAS, em 1977, cuja atuação, segundo PIETROBON et. al. *apud* REBELLLO FILHO & FARIAS, privilegiou a preferência da procura pela assistência à saúde no setor privado, gerando maior lucro e crescimento à saúde suplementar. Como nos indica Largura & Rocha¹⁶:

Em 1970, a capitalização do setor privado aumentou, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — SINPAS e a implementação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social — INAMPS, neste

¹¹ BRANDÃO, 2006, p. 21.

¹² MÉDICI *apud* ROBBA, 2024, p. 26.

¹³ CARVALHO, Eurípedes Balsanuf. CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Scielo. 2007.

¹⁴ REBELLLO FILHO E FARIAS, 2020.

¹⁵ ROBBA, 2024

¹⁶ LARGURA & ROCHA, 2024, p. 05.

ponto a maioria dos trabalhadores já se encontrava inserida em serviços privados de saúde. Contudo, o grande marco do setor ocorreu a partir de 1980, quando crises políticas, sociais e econômicas assombraram o país, fazendo com que se fortalecesse o movimento sanitário brasileiro, o que resultou na regulamentação de serviços de saúde na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, a criação de suas legislações extravagantes. (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008).

Nesse período de transição social e política, no campo da saúde representado pelo movimento da Reforma Sanitária, o bem-estar passou a ser entendido como elemento da dignidade humana, garantia do cidadão e dever governamental, culminando na determinação da saúde como direito social.

Já no permissivo constitucional, como de exploração do tópico da saúde pela iniciativa privada¹⁷, assim como a categoria de direito fundamental pela lei 8.080/1990, acompanhada do permissivo da lei federal para as atividades do setor privado na saúde.

Após a promulgação da Constituição Cidadã, a época marcada pelo neoconstitucionalismo por ela trazido continuou a expansão do setor privado de saúde, sendo marcado pelo incentivo governamental à atividade das operadoras, época que, pelo alto número de beneficiários, iniciou-se o fenômeno de judicialização contra os planos de saúde, já em razão da negativa de cobertura, multiplicidade tal que veio a gerar a necessidade de regulamentação que desembocaria na formulação da Lei 9.656/1998, a lei dos planos de saúde:

Todos os fatores até agora apresentados fizeram com que, na década de 1990, os planos de saúde consolidassem a sua atividade econômica e sofressem forte expansão. A existência de incentivos governamentais, desde a criação do mercado de planos de saúde, foi motivo determinante para tanto (Ocké-Reis, 2012). Ocorre que, por muitos anos, o Estado se abdicou das funções mediadora e reguladora dessa relação entre o público e o privado, o que viria a dificultar a posterior regulação do setor. [...] É possível identificar, no início dos anos 90, diversas iniciativas que visavam se contrapor às exclusões de coberturas dos planos de saúde. Diversos Projetos de Lei foram apresentados, tanto no Senado como na Câmara dos Deputados, com o objetivo de proibir a exclusão de coberturas dos planos de saúde. (Robba, 2024)

Percebe-se, portanto, que o problema aqui discutido não é novo, mas pelo contrário, é uma situação que se originou simultaneamente à popularização da Saúde Suplementar, no período de justiça de transição da década de 90, informação que nos demonstra a antiguidade do problema, e uma maior precisão de ser ou atenuado ou sanado de fato.

¹⁷ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

2.3. O Sistema Suplementar de Saúde conforme a legislação especializada

Importante ressaltar que as legislações que versam acerca de assuntos sobre o direito à saúde se tratam de normas ordinárias, aprovadas por maioria simples de votos, de responsabilidade exclusiva do Poder Legislativo, que regulam matérias de ordem comum.

Para efeitos de comparação, as normas de higidez são de mesma espécie que a dos Códigos Civil, Penal, processuais e demais codificações das múltiplas searas do direito do ordenamento brasileiro.

Inicialmente, a Lei 8.080/1990, que dispõe acerca das condições de organização e funcionamento dos SUS, não menciona expressamente sobre as atividades do sistema suplementar de saúde.

Entretanto, em seu artigo 4º, parágrafo segundo¹⁸, declara a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde em caráter complementar ao sistema público, o que, por analogia, pode se entender como a atividade desempenhada pela saúde suplementar, que, segundo a mencionada norma, pode se realizar em forma complementar à saúde pública.

Tal qualificação sobre o setor privado é mais adequada segundo os teóricos sobre o tema, pois a faceta de atuação da iniciativa privada na saúde, definida pelo termo “suplementar” seria insuficiente conforme a atividade das operadoras, visto que essas, segundo eles, cumprem mais um papel de complementariedade do que suplementariedade, quase que substituindo o poder público no cumprimento do preceito fundamental à saúde:

A denominação de "suplementar" ao sistema público, salientam autores, pode não ser adequada pois as empresas de planos e seguros se articulam com a rede de serviços do SUS de maneira superposta, em relação de “complementaridade invertida”, na qual o SUS funcionaria como suporte às restrições assistenciais impostas pelo mercado de planos de saúde. (Sestelo et al. *apud* Robba, 2024).

Subsequentemente, é descrita com mais detalhes nos artigos 20 a 23 da lei ordinária, com destaque no art. 21¹⁹, que denota a livre assistência ao sistema de saúde, e no art. 23, caput e inciso II, alínea “a”, que concede a empresas a participação neste regime²⁰, já apresentando a

¹⁸ Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

¹⁹ Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

²⁰ Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada;

estrutura em “hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada”.

Em seguida, temos a Lei nº 9.656/1998, que dispõe normas diretamente às OPS de planos de saúde. Nela, temos a visão jurídica de tais entidades: “[...] pessoas ‘jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde’”²¹. Nesse contexto, a legislação trata de delimitar os conceitos de Plano Privado de Assistência à Saúde, Operadora de Plano de Assistência à Saúde e Carteira.

A primeira descrição refere-se puramente à atividade prestada pelas pessoas jurídicas, que oferecem, em troca de pagamento contratual contínuo, serviços de assistência à saúde, “pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica”.

Já o segundo conceito — a pessoa jurídica de tipo societário civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão que cumpra a função de assegurar a saúde do cliente — define com maior exatidão a entidade conforme a legislação. Por fim, a terceira definição é sobre o “conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde”, o seja, o acúmulo de planos privados de saúde.

Observa-se que a legislações geral e especializada tratam de delimitar com precisão os elementos do sistema suplementar de saúde, de forma que não ocorram ambiguidades nem na classificação, nem na execução das atividades, entretanto, ainda que não se tenha uma normatividade complexa, vê-se, na atividade das reguladas, confusão acerca de suas garantias e deveres.

²¹ Art. 1º da Lei 9.656/1998.

3. A NEGATIVA DE COBERTURA PELOS PLANOS DE SAÚDE

Diante da consolidação normativa acerca das garantias mínimas que devem ser asseguradas pelas operadoras de planos de saúde, impõe-se, como ponto central da presente pesquisa, o exame das hipóteses em que tais garantias são sistematicamente desrespeitadas.

A negativa de cobertura, fenômeno reiterado e amplamente judicializado, revela-se não como um desvio pontual, mas como verdadeira prática institucionalizada, que afronta tanto o conteúdo contratual quanto os ditames legais e constitucionais.

Não obstante a existência de um arcabouço normativo suficientemente claro, observa-se a crescente judicialização das relações entre beneficiários e operadoras, sinal evidente de que o discurso normativo não tem logrado concretude no plano fático.

Assim, passa-se à análise detalhada dos parâmetros legais de cobertura, tal como delineados na Lei nº 9.656/1998 e nos atos regulamentares da ANS, a fim de delimitar o que, de fato, constitui obrigação das OPS e, por consequência, identificar as fronteiras entre o lícito e o abusivo nas negativas de prestação assistencial.

3.1. Noções de cobertura de plano de saúde segundo a Lei 9.656/1998 e a RN nº 465/2021

A cobertura assistencial é, *prima facie*, a contraprestação oferecida aos beneficiários de planos de saúde, pelo aceite contratual em ceder determinada quantia pecuniária ao prestador dos serviços de saúde. Esse procedimento é, conforme os princípios civis, com destaque ao *pacta sunt servanda* e a Resolução nº 465/2021 da ANS, de natureza jurídica de obrigação, conforme nos indica o preâmbulo e no artigo 1º do ato administrativo:

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 1º Esta Resolução Normativa – RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde (ANS, 2021).

Tal denotação é amparada também pelo Ministério da Saúde, em seu documento informativo acerca dos tipos de planos de saúde²², que acrescenta à definição acerca da cobertura, o conjunto de procedimentos que são garantidos ao consumidor, aqui entendido como beneficiário, na vigência do contrato estabelecido com a operadora de plano de saúde, cujos referenciais são o documento contratual em si e as regulamentações da ANS.

²² ANS, 2005.

Em necessidade de se discutir as garantias e deveres da parte em juízo, os parâmetros de referência são delimitados pelas cláusulas estabelecidas no plano-referência da cobertura e o inscrito na lei 9.656 e atos normativos da ANS, sendo de responsabilidade do beneficiário observar tais fontes no ato de solicitação de serviços de saúde e no eventual, caso necessário, ajuizamento de ações contra os fornecedores dos serviços.

Para a legislação específica, iniciando-se pela 9.656/98 (Art. 10, *caput.*), a cobertura compreende os serviços de

[...] 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 [...].

Excetuam-se desta definição, originalmente, as hipóteses de tratamento experimental, procedimentos com fins estéticos, inseminação artificial, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento de razão estética, fornecimento de medicamentos importados, tratamento domiciliar²³, fornecimento de acessórios não vinculados à cirurgia, tratamentos ilícitos ou antiéticos e decorrentes de “cataclismos, guerras e comoções internas”²⁴.

Após estabelecer as regras gerais de cobertura, a L. 9.656 estabelece como órgão regulador das matérias de cobertura a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, de pronto, expressando a competência do órgão nas decisões acerca das exceções e amplitude da garantia de cobertura assistencial:

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

No que confere à essa, em sua Resolução Normativa 465/2021, o ato administrativo reafirma o disposto no art. 10 da Lei 9.656, acrescentando, em caráter complementar, as seguintes determinações:

Art. 7º As operadoras deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o art. 10 da Lei n.º 9.656 de 1998, **podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações**, ressalvada a exceção disposta no § 3º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

²³ Exceto os casos de antineoplásicos em tratamento ambulatorial e os de antineoplásicos, radioterapia e hemoterapia em internação hospitalar.

²⁴ Tais hipóteses de exceção encontram-se no inciso primeiro do supramencionado artigo.

Art. 8º Nos procedimentos e eventos previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, se houver indicação do profissional assistente, na forma do artigo 6º, §1º, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde, fica assegurada a cobertura para:

I - procedimentos de anestesia e sedação;

II - equipe necessária à realização do procedimento, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação; e

III – taxas, materiais, contrastes, medicamentos, e demais insumos necessários para sua realização, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante (grifo nosso).

Conforme tal redação, as fontes de delimitação dos procedimentos a serem abrangidos pela cobertura contratual não se restringem apenas às cláusulas contratuais, mas também a prescrição médica (profissional assistente²⁵) como meio de determinar a metodologia mais cabível para tratamento da situação clínica do beneficiário.

Tal regulamentação demonstra, além de um cuidado com o aspecto organizacional do setor privado, uma atenção especial para o contemplado pelos serviços, que além de ser a força motriz de funcionamento do sistema, também é, para fins principiológicos e legislativos, um ser humano dotado de dignidade, qualidade esta salvaguardada pelas normas constitucionais e supral legais, como demonstrado na seção anterior.

Outro aspecto trazido pela legislação nesse sentido, foi a alteração trazida pela Lei 14.454/2022 na redação da 9.656, no que confere à amplitude da cobertura regulamentada pela ANS, originalmente contida no parágrafo quarto do artigo 10 dessa norma, declarando a autorização de procedimentos com base em fontes auxiliares à ANS:

§ 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.” (grifo nosso).

²⁵ Art. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§ 1º Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória uma vez solicitados pelo:

I - médico assistente.

Observado o grau de amplitude permitido pela norma e pela agência reguladora, entendamos os tipos de cobertura autorizados por tais fontes. Como referenciado no terceiro parágrafo desta subseção, abaixo do estabelecido nas fontes primárias (leis ordinárias e regulamentações da ANS), assim consideremos, sobre os planos de saúde, o que rege a forma de prestação do serviço é o plano-referência. Sobre esse, a RN N° 465/2021 declara que

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

Ao por como referência o artigo 10 da Lei 9.656, automaticamente traz para si as hipóteses de exclusão e de inclusão extraordinária do regime. Esse comportamento, além de demonstrar a uniformidade de entendimento normativo, otimiza a compreensão do funcionamento do sistema privado.

Ainda tratando do plano-referência, a ANS expressa também a obrigatoriedade de o estabelecer como instrumento de organização, ressaltando o caráter de referência do documento, com a ressalva de exceção aos planos de autogestão (art. 10, §3º da Lei 9.656/1998, parte sublinhada):

Art. 7º **As operadoras deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o art. 10 da Lei n.º 9.656 de 1998**, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações, ressalvada a exceção disposta no § 3º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998 (grifo nosso).

Tal exceção ocorre pela natureza dos planos de autogestão ser distinta da dos demais tipos de plano de saúde, na qual ocorre um gerenciamento próprio das atribuições do prestador de serviço, seja pelos beneficiários seja por empresa prestar serviços de saúde aos seus funcionários.

A exceção ocorre também pelos planos de autogestão não possuírem fins lucrativos, desfazendo-se a justificativa de aplicação das normas ordinárias à hipótese, como a própria L. 9.656, por não estar configurada compra e venda de serviços, fato consagrado no ordenamento jurídico por meio de entendimento sumular do STJ²⁶. Implica dizer também, que caso esteja configurada a relação de consumo, tal exceção perde sua vigência:

APELAÇÃO. CIVIL E PROCESSO CIVIL. ADMINISTRATIVO. CONSUMIDOR. EMBARGOS À EXECUÇÃO FISCAL. DIALETICIDADE RECURSAL. PROCON. MULTA. OPERADORA DE SAÚDE. MODALIDADE AUTOGESTÃO.

²⁶ Súmula 608/STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

APLICABILIDADE CDC. TARIFA PARA EMISSÃO DE BOLETO BANCÁRIO. REPASSE AO CONSUMIDOR. COBRANÇA ABUSIVA. VALOR MULTA. PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. SENTENÇA MANTIDA.

1. Trata-se de apelação contra sentença que rejeitou os Embargos à Execução Fiscal opostos, sob o fundamento de que a aplicação de multa pelo PROCON foi legal; que se mostra abusiva a estipulação de taxa de emissão de boleto bancário e que é incabível a revisão do valor da multa, visto que tal conduta interferiria na discricionariedade do ato administrativo.

2. O Código de Processo Civil dispõe que o recurso, para ser conhecido, deve preencher alguns requisitos formais, bem como deve ser observada a forma segundo a qual o recurso deve se revestir. Assim, o inconformismo recursal precisa apontar os fundamentos de fato e de direito nos quais se embasam as razões do recorrente, distinguindo os equívocos existentes na sentença, além dos pontos em que se pretende a reforma. Presentes os requisitos para admissibilidade do recurso, impõe-se a rejeição da preliminar.

3. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor a contratos de plano de saúde, ainda que a entidade prestadora do serviço seja administrada em regime de autogestão e destinada a grupo fechado de participantes, vez que o plano de saúde fechado, tal qual o comum, oferece um serviço no mercado de consumo e por esse motivo se caracteriza como fornecedor, e os associados que dele usufruem, a título oneroso, se qualificam como destinatários finais desse serviço.

4. O artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor considera nulas, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que transfiram responsabilidades a terceiros; estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou, ainda, que obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação.

[...]

9. Recurso conhecido e desprovido.

(Acórdão 1090851, 20160110613849APC, Relator(a): SANDOVAL OLIVEIRA, 2ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 18/4/2018, publicado no DJE: 27/4/2018. Pág.: 282/315, grifo nosso).

Após a especificação do plano-referência, a ANS referencia como tipo de plano o ambulatorial, que oferece cobertura de situações de urgência e emergência, bem como atendimentos em consultório e ambulatório, não incluindo, todavia, “internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas”.

Após esse, o plano hospitalar, inclui além de urgência e emergência, os serviços do plano ambulatorial por período ilimitado, incluindo despesas referentes à internação, procedimentos buco-maxilo-faciais e procedimentos ambulatoriais de duração continuada que ocorram em hipótese de internação hospitalar (ex.: remoção, hemodiálise, procedimentos de reeducação e reabilitação física etc.).

Além disso, possui duas variações, a “original”, com os procedimentos descritos alhures, e a com obstetrícia, que adiciona serviços de ocasião pré-natal, abrangendo de pré a pós-parto (puerpério), assim como assistência neonatal, dentre outros serviços ao recém-nascido.

Por fim, o plano odontológico, que como o nome indica, cobre planos ortodônticos, em consultórios, exames complementares, procedimentos preventivos, restaurações,

endodontia e periodontia e cirurgias orais de baixa complexidade. Urgência e emergência ortodônticas também estão inclusas. As exceções aplicáveis são das hipóteses de prótese e dos procedimentos acima que não estejam salvaguardados pela ANS.

Finalizando as coberturas previstas pelas legislações específicas, existe o campo de serviços específicas obrigatórias a todos os planos, incluídas em todos os tipos de planos-referência, quais sejam as de atenção aos portadores de transtornos mentais.

Essas obrigações compreendem por tabela a assistência em situações de automutilação sem intento suicida²⁷; cirurgia reconstrutiva de mama em ocasiões oncológicas de mama²⁸, fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia, urostomia e demais sondas entéricas²⁹, medicamentos de prevenção ao suicídio³⁰ e atendimento a pessoas com deficiência³¹.

No mesmo sentido, também é exigível dos planos os tratamentos oncológicos e em decorrência de AIDS, doenças infecto-contagiosas, fisioterapia recomendada por profissional médico e, em ocasião cirúrgica, em planos que cubram atendimento hospitalar, órteses e próteses, dissociados de caráter estético, distúrbios visuais e obesidade mórbida³².

Percebe-se, através do descrito, que as legislações específicas referentes à saúde suplementar demonstram uma sistematização e estrutura simples e de fácil compreensão, sem ressalvas de alta complexidade e necessário conhecimento técnico prévio.

Na teoria, viabilizam uma ampla gama de possibilidades aos beneficiários, entretanto, como será demonstrado a seguir, a concretização de tal facilidade ao acesso de tais benesses ainda não foi efetivamente cumprida.

²⁷ Art. 10, §§ 1º e 2º, RN 465/2021: Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio, estão obrigatoriamente cobertos. Para fins de cobertura, prazos de carência e CPT, as lesões auto-infligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal.

²⁸ Art. 10-A, Lei 9.656/98: Cabe à operadora definida no inciso II do caput do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

²⁹ Art. 10-B, Lei 9.656/98: Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.

³⁰ Art. 10-C, Lei 9.656/98: Os produtos de que tratam o inciso I do caput e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio.

³¹ Art. 14, Lei 9.656/98: **Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde** (grifo nosso).

³² Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados. – 3. ed. revisada e ampliada – Rio de Janeiro: ANS, 2005.

3.2. A negativa de cobertura na multiplicidade de processos envolvendo planos de saúde

Uma vez acertada a concepção de cobertura segundo as legislações, podemos iniciar as discussões sobre a sua denegatória pelas OPS. Primeiramente, cabe revisitar a ideia *ab ovo* de dialética do estudo, que instigou o autor a observar o comportamento numérico de demandas da saúde suplementar — a multiplicidade de processos envolvendo os planos de saúde na justiça, tendo a negativa de cobertura como ator principal do fenômeno.

Segundo o documento relatorial do CNJ, Justiça em Números 2024³³, fonte mais recente de levantamento da atividade dos Tribunais — que produziu uma análise quantitativa do Judiciário com base na experiência jurídica de 2023 —, a principal matéria de judicialização no Direito Civil foi relativa a obrigações contratuais, campo de íntima relação com os processos envolvendo a saúde suplementar.

Já desse ponto podemos perceber uma influência, ainda que subordinada ao campo geral principal (o ramo Civil do Direito), dos inúmeros processos resultantes da atividade dos planos de saúde.

Focando-se mais atentamente para a saúde em si, segundo notícia do INAFF, o número de processos envolvendo o tópico da saúde entre 2022 e 2023 aumentou 16% (passou de 295.920 para 344.210), conforme relatório do CNJ e, o Instituto afirma ainda que a estimativa do período entre 2023 e 2024, ainda que não completamente contabilizada, já duplica os cálculos realizados entre 2022 e 2023 e 2021 e 2022³⁴.

Apoiando tal informação, a InfoMoney³⁵, portal de finanças e economia, apontou em relatórios do CNJ um exponencial de 50% de processos envolvendo planos de saúde, nos anos de 2020 a 2023, quando a contagem subiu de 80,7 mil processos novos por ano para o patamar de 122,2 mil ações anuais.

Nessa direção, no ano de 2024, o Consultor Jurídico publicou³⁶, com base na pesquisa “Raio-X da Saúde Suplementar no Brasil”, da FGV Justiça, que a partir de um universo amostral de dois mil entrevistados entre a população adulta, a nível nacional, identificou como

³³ Justiça em números 2024 / Conselho Nacional de Justiça. – Brasília: CNJ, 2024.

³⁴ Número de judicialização na saúde registra aumento. INAFF, 29 de janeiro de 2025.

³⁵ Judicialização contra planos de saúde salta 50% em 3 anos; entenda o problema: Nos últimos 5 anos, custo das operadoras com processos na Justiça chegou a R\$ 17 bilhões. InfoMoney, 2024.

³⁶ 65% das ações contra planos de saúde brasileiros questionam negativa de cobertura assistencial. Conjur, 29 de julho de 2024.

primeiro lugar isolado de ocasiões de judicialização a negativa de cobertura, com o percentual de 65% dos casos judiciais, seguido de suspensão de contratos e reajuste de mensalidades.

Chegando no ano corrente, segundo a Associação Paulista de Medicina, nos quatro primeiros meses de 2025, em razão de negativa de tratamento, a ANS foi contemplada com 5.648 reclamações de usuários sobre as rescisões, números que indicam 31% a mais do que observado no mesmo íterim, em 2024, que já havia encerrado o ano anterior com mais de 300 mil novos ajuizamentos³⁷.

Tais estimativas revelam que, para além de ocorrer uma hipertrofização das demandas judiciais envolvendo os planos de saúde, a principal destas é a negativa de cobertura, de abrangência majoritária sobre as demais justificativas de abertura de processos contra as OPS.

Outrossim, indica que, ao passo que os órgãos de regulação do setor privado da saúde focalizarem a atenção não em diminuir a judicialização, mas em dirimir as causas que garantem a permissividade das OPS em negar a assistência aos beneficiários, tal urgência de atenuação da judicialização será mais facilmente alcançada.

3.3. Principais matérias de negativa de cobertura em processos

No que tange aos processos discutidos no presente estudo, cabe apontar aqui, com fins exemplificativos e holísticos, as principais justificativas das OPS em sede de juízo, utilizadas como defesa e “compreensão” da negativa de cobertura. A seguir estarão dispostos, não necessariamente em grau crescente ou decrescente numérico, contudo pelo mero fato de serem as majoritárias fundamentações utilizadas pelos planos de saúde.

Iniciamos com a mais intuitiva de todas — a imprevisão dos tratamentos, procedimentos ou medicamentos no RPES da ANS. Esta é a locomotiva nos argumentos de defesa das OPS, pois, em situação de judicialização, o mais esperado é, ou acusar na conduta da parte contrária uma ilegalidade manifesta, ou demonstrar o impeditivo normativo que o mantém inerte em detrimento de sua litude na atividade desempenhada.

Tal argumento possui validade se enfrentado com um dos principais pontos de controvérsia do RPES — a questão de exemplificatividade ou taxatividade do rol. Em outras palavras, o dissídio em se a listagem da resolução normativa indica possibilidades a serem

³⁷ Planos de saúde: número de ações na Justiça dobra em 3 anos e chega a 300 mil em 2024. Associação Paulista de Medicina: 2025.

trabalhadas no decurso da cobertura ou se somente naquelas situações há a salvaguarda da lei para que sejam concedidas.

Não à toa, tal motivação é conveniente às OPS, pois se a lei exprime a segunda situação teórica, então os requerimentos dos beneficiários seriam, ontologicamente, ilegais. Pelo fato de o rol não prever estritamente tais situações, as seguradoras de saúde se veem na posição de negar as devidas garantias, utilizando o ato normativo como escudo legal para basear a posição denegatória³⁸:

Ao invés de utilizar o padrão de cobertura de doenças previsto na Lei n. 9.656/1998 e de regular as exceções de cobertura previstas no marco regulatório, o rol da ANS utiliza como parâmetros para a cobertura obrigatória procedimentos e eventos em saúde. Ou seja, se determinada consulta, cirurgia, terapia, exame e tratamento não constar no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, não haverá obrigatoriedade de cobertura pela regulação da Agência – mesmo que haja necessidade para o tratamento de uma doença listada pela OMS, em contradição com o que determina a Lei n. 9.656/1998. Com isso, diversos tratamentos para doenças não contemplados no rol, interpretado pela Agência de forma taxativa, têm sua cobertura negada por operadoras de planos de saúde, o que gera aumento das demandas judiciais sobre a questão (grifo nosso).

Um dos predominantes casos em que tal argumento é usado, se trata das ocasiões de negativa de cobertura de tratamento *home care*, ou tratamento doméstico, no qual os beneficiários, por ocasião de patologia ou impedimento clínico, não podem se dirigir às unidades hospitalares para receber o devido atendimento, logo devendo ser atendidos em suas respectivas residências, comum em pessoas de idade avançada ou pacientes de doenças autoimunes ou degenerativas.

Em seguida, põe-se como fundamento de contestação a não inclusão de cobertura contratual, ou seja, hipóteses não previstas no instrumento contratual que permitem a exclusão de determinada benesse assistencial. Em suma, consta em retirar do beneficiário determinado procedimento que seria adequado para a sua condição clínica ou biomédica, mas que, por razão de imprevisão, não merece guarida de cobertura.

Muito comum em tais casos, é a negativa de procedimento cirúrgico que envolva próteses ou órteses, ainda que, como demonstrado na seção dedicada a tratar da cobertura segundo as legislações, tais ocasiões estão previstas na Lei 9.656:

As restrições ao aspecto assistencial estão previstas no art. 10 da lei 9.656/98, que estabelece exceções às exigências mínimas dos contratos de planos de saúde. Dentre elas, estão listadas as órteses e próteses para fins estéticos (inciso II) e aquelas não ligadas ao ato cirúrgico (inciso VII). A partir da interpretação sistemática deste dispositivo legal, é possível concluir que a cobertura de próteses, quando prescrito por profissional médico e essencial à realização de uma cirurgia, é obrigatório. Contudo,

³⁸ CRUZ & DE LIMA, 2022, p. 06.

muitos usuários de planos de saúde enfrentam óbices à concessão de cobertura para próteses/órteses cirúrgicas, sendo necessário recorrer ao poder judiciário para efetivar seus direitos [...] Embora a jurisprudência gaúcha tenha pacificado sua posição quanto à recusa indevida do fornecimento de próteses/órteses, ainda há discussão acerca da licitude das cláusulas expressas de exclusão destes materiais incluídas nos contratos celebrados em momento anterior à vigência da lei dos planos de saúde. (Lopes et al, 2019).

Além dessas, outro alicerce dialético das OPS se demonstra na figura do período de cobertura parcial temporária, ou prazo de carência não cumprido. Tal período refere-se ao *interim* situado entre a assinatura e efetiva vigência do contrato até a ocasião do beneficiário desfrutar dos serviços e privilégios da cobertura.

Em dada explicação, nada mais ocorre senão a pura licitude das OPS em reivindicar um direito garantido pela LPS, qual seja o de estruturar-se corretamente para receber um novo beneficiário, e por acréscimo impedir que eventual beneficiário de má-fé se utilize de seus serviços temporariamente e o descarte em seguida.

Sucede que a LPS prevê a suspensão desse instrumento, nas ocasiões de urgência e emergência. Diferenciamo-las. A primeira situa-se na ocasião de necessidade de prestação de socorro a indivíduos que sofreram acidentes pessoais ou decorrentes de complexidades obstétricas, na qual necessita-se de celeridade para que o quadro médico da vítima não se torne mais gravoso. Em termos simples, é uma assistência preventiva.

Já a emergência atua de forma semelhante, mas aqui há o fator de risco de dano irreparável ou irreversível ao paciente, com a *moriens* eminente do beneficiário. Ou seja, quando as chances de sobrevivência ou de eventuais sequelas são demasiado altas, a exemplo de um AVC, choque hipovolêmico ou anafilático e quadros de hemorragia. Uma vez observadas as definições, entende-se porque o legislador optou por instituir tais suspensões.

Nas situações descritas, por vezes há a recusa de concessão das OPS, sustentando não haver os requisitos que configurem alguma das duas espécies, abusando da carência em si, quando evidentemente há urgência de tratamento. Como demonstrativo, há a situação de autismo, na qual os pais do beneficiário, geralmente menor de idade, já utilizam o plano de saúde a tempo considerável, mas são barrados pela OPS com esse pretexto:

No pedido, os advogados observaram que a situação em comento possui caráter de urgência, de forma que o aguardo do período da carência semestral poderá agravar o quadro clínico da criança. Salientarem que entendimento jurisprudencial é no sentido de que, em casos de urgência e emergência, a carência deve ser reduzida para apenas 24 horas. Citaram entendimento do Tribunal de Justiça de Goiás (TJGO) neste sentido.³⁹

³⁹ Rota Jurídica. Plano de saúde terá de disponibilizar tratamento a menor com autismo, mesmo em período de carência. 2025.

O que se entende do exposto sobre as justificativas, é que há uma manipulação das regulamentações legislativas e organizacionais do sistema suplementar de saúde por parte das OPS, sem um respeito à dignidade inerente de cada beneficiário como ser humano, muito menos ao espírito normativo que as leis possuem.

Constata-se, preliminarmente, que há uma precisão de se afirmar, por meio não somente do Legislativo, como também do Judiciário, por meio de abalo institucional às OPS, que o direito fundamental à saúde é teleologicamente superior e dominante sobre qualquer risco patrimonial (TJGO, 2025).

4. A ILICITUDE DA CONDUTA DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

Estabelecido o panorama fático e jurídico da atuação das operadoras de planos de saúde frente à cobertura assistencial, impõe-se, como continuidade lógica da pesquisa, a demonstração da natureza ilícita dessas condutas à luz do ordenamento vigente.

Muito embora se observe, na prática, uma crescente resistência das OPS em cumprir obrigações contratuais e legais, o presente estudo sustenta que não há respaldo normativo legítimo que autorize tais negativas, tampouco lacunas que justifiquem a perpetuação de práticas restritivas.

A alegação de omissão legislativa, frequentemente evocada pelas operadoras como mecanismo de defesa, revela-se insustentável diante da robustez do arcabouço normativo aplicável, composto por normas constitucionais, infraconstitucionais e regulamentares.

A seguir, será demonstrado que a suposta incerteza jurídica é, na verdade, fruto de uma interpretação distorcida da legislação — interpretação esta que visa unicamente à maximização do lucro empresarial, em detrimento de direitos fundamentais indisponíveis, como a vida e a saúde.

4.1. A inicial inexistência de ausência legislativa como demonstrador da ilicitude das operadoras de planos de saúde

Uma das hipóteses levantadas para a ocorrência do fenômeno de judicialização em face das OPS de planos de saúde foi a de possibilidade de vagueza legislativa sobre as faculdades dos fornecedores de assistência frente aos direitos dos beneficiários, o que iremos analisar na presente subseção. Segundo Pedro Adamy, o conceito de vagueza legislativa⁴⁰ entende-se da seguinte forma:

O conceito de vagueza é utilizado na filosofia da linguagem para se referir a indeterminações e incompletudes marginais nos significados de determinadas palavras. A vagueza ocorre, grosso modo, em casos onde a aplicação de uma palavra ou de um conceito a uma dada realidade não seja certa, ou dependa de outros elementos para a sua definição. Tais situações se apresentariam como *borderline cases*, nos quais não haveria certeza — tanto positiva quanto negativa — sobre a aplicabilidade das palavras e dos conceitos legais ao fato concreto. [...] Também na linguagem utilizada no direito — i.e. na legislação e decisões judiciais — há vagueza. Como afirma T. Endicott, “leis podem ser precisas, mas um sistema legal sem leis vagas é impossível”. Nestes casos, não há ignorância ou desconhecimento sobre a situação fática, mas, sim, um desacordo sobre a aplicabilidade, ou não, de determinado regramento à situação que é colocada diante do tomador de decisão.

⁴⁰ ADAMY, 2012, pp. 267, 270.

Entende-se, portanto, a vagueza normativa como uma ausência de compreensão completa sobre o assunto a ser determinado pela letra da lei, de forma tal que não seja possível inferir com exatidão o que a norma prescreve, tornando-se de difícil a praticamente impossível a aplicação da fonte jurídica ao caso concreto.

No caso da Lei 9.656, como evidenciado na subseção anterior, não há, aprioristicamente, presença de quaisquer brechas ou lacunas que viabilizem a prática de negativa de cobertura, fato que demonstra a ilicitude da conduta das empresas de saúde.

Nisso, surge uma nova vertente de discussão — a posição ilícita dos planos de saúde na negativa de cobertura, ante o comando normativo em proceder na concessão da assistência. Diante disso, utilizando-se do termo bíblico, as operadoras de planos de saúde são indesculpáveis na sua conduta para com os beneficiários à ótica da legislação.

Com a promulgação das leis 9.656/1998 e 9.961/2000, houve uma clara mudança de regime na regulação da saúde privada. É indubitável que tais legislações tiveram como objetivo preencher as carências disciplinares da matéria, instituindo matérias básicas de cobertura, condições próprias de alteração de cláusulas contratuais e inovando com uma atenção maior à figura do beneficiário, uma vez reconhecida sua dignidade como ser humano.

Contudo, ainda que tal aparato legislativo se demonstre no campo teórico como de grande gama de recursos normativos, essa robustez não se demonstra na prática, pois há um gradiente crescente de processos envolvendo práticas que são declaradamente contra o que a legislação promete salvaguardar, fato amparado pelas estimativas, como já demonstrado alhures nesse estudo.

A situação é de demonstrada preocupação, que foi necessária a intervenção do Legislativo e do Judiciário por meio de acordos, seja com as operadoras de planos de saúde, seja com a ANS em si, para que fosse reduzida a situação processual⁴¹.

Esses fatos demonstram a incapacidade da norma e da agência reguladora em conter a atividade de massa do setor privado de saúde, que ressalte-se, não se limita à causa de recusa de assistência, mesmo que essa seja a principal causa.

Tais medidas quase que emergenciais por parte dos órgãos revelam em si a verdadeira vagueza normativa da 9.656 e das resoluções normativas da ANS — a incapacidade perante a recusa dos planos de saúde com respaldo na própria lei.

⁴¹ CNJ e ANS assinam acordo para redução da judicialização da saúde suplementar. Conselho Nacional de Justiça: 2024.

Uma das principais motivações na recusa do atendimento, como já listada anteriormente, se trata da ausência taxativa de determinado procedimento, seja na lei, seja no rol da agência reguladora. Entretanto, já é de entendimento dos Tribunais pátrios que determinada justificativa fere profundamente o princípio de dignidade da pessoa humana, como nos apresenta Bianca Marchi⁴²:

Dessa forma, sob justificativa dos princípios da dignidade da pessoa humana, do direito à vida e o direito à saúde é possível encontrar decisões que afastam o conteúdo das normas da ANS, para proteger possível direito fundamental violado. (GIBRAN; FILHO, 2018). Assim como constantemente vem sendo decidido no Judiciário, não é **distante a opinião de operadores do direito no sentido de que a negativa de tratamentos por ausência de previsão no rol, ou por expressa previsão contratual constitui violação ao CDC** (grifo nosso).

Pelo excerto, entende-se que embora o posicionamento das OPS esteja, em princípio de acordo com a lei ordinária dos planos de saúde, entra em desconformidade com a norma consumerista mais ampla, tornando-se eminentemente ilegal conforme o CDC, isso quando não gera uma discussão acerca do conflito entre as normas a partir da interpretação da letra da lei.

Determinada postura revela uma intenção de justificativa dos atos consumeristamente indevidos, a partir da norma de saúde, o que em si já extremamente maquiavélico.

Ainda que a empresa necessite priorizar a sobrevivência da empresa (para que não se perca a atividade assistencial que, pelo descrito na conceituação do sistema de saúde, é extremamente necessária) o valor da vida humana, por mais complexa que seja a decisão, não pode ser reduzido a meros números.

Seguidamente, há de se tratar também das cláusulas contratuais abusivas que, na concepção das OPS, garante-lhes, quando não a recusa em assistência em si, a rescisão contratual pelo descumprimento de procedimento previsto no instrumento contratual.

Irônico, porém real, as alegações das OPS convenientemente evocam o CDC ou a L. 9.656/98 em sua defesa, o que em si não é condenável, contudo, revela uma atenção normativa eminentemente em benefício próprio, olvidando-se do *animus* principiológico de tais legislações. A ironia se agrava quando se tem em pauta a interpretação das cláusulas de forma favorável ao consumidor como dispositivo da lei ordinária consumerista:

A principal consequência nas lides, ante a incidência da referida legislação, diz respeito à interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47 do CDC). Além disso, em casos mais graves, de acordo com o art.

⁴² 2023, p. 37

51, inciso IV, do CDC, são declaradas nulas de pleno direito as cláusulas que, por exemplo, sejam incompatíveis com a boa-fé e equidade que se espera das relações negociais, ou que imponham desvantagem exagerada ao aderente. Nesse contexto, lamentavelmente, as operadoras de planos de saúde, em que pese tenham ciência acerca das garantias mínimas traçadas em favor dos consumidores principalmente pela LPS, permanecem impondo cláusulas abusivas a esses, em decorrência apenas de aspectos financeiros, já que poucos são os beneficiários que buscam o judiciário diante de uma negativa de cobertura. *Torna-se visível tal ilegalidade* quando observado, por exemplo, que uma das cláusulas abusivas mais vistas nas demandas judiciais se refere à exclusão de cobertura de próteses, mesmo que ligadas à procedimentos cirúrgicos, em nítida afronta à legislação alhures explicitada, a qual prevê a obrigatoriedade de custeio nesses casos. [...] *Torna-se visível tal ilegalidade* quando observado, por exemplo, que uma das cláusulas abusivas mais vistas nas demandas judiciais se refere à exclusão de cobertura de próteses, mesmo que ligadas à procedimentos cirúrgicos, em nítida afronta à legislação alhures explicitada, a qual prevê a obrigatoriedade de custeio nesses casos (grifo nosso)⁴³.

Por sua vez, a carência contratual, mais uma das majoritárias alegações usadas como fundamento para se abster de prestar assistência. Como já descrito, a carência é o período no qual o beneficiário não possui acesso às garantias disponibilizadas pela OPS, entretanto realizando a contraprestação normalmente.

Dentre as justificativas, esta é a que mais se aproxima de uma legitimidade de defesa, pois além de estar prescrita na lei, previne uma abusividade por parte do consumidor, qual seja de pagar pelo tratamento somente enquanto durar a necessidade e logo após descartar o contrato pelo motivo escuso de já ter sido suprido, garantindo a segurança jurídica da relação.

Ocorre que existem situações que podem suspender, de forma genuína, a presença desse *failsafe*, especificamente no que tange às situações de urgência e emergência, que são autoexplicativas.

Reza o artigo 35-C da LPS, pelo verbete da obrigatoriedade, que é inexigível o período de carência, para emergência em caso de risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, sendo validado por declaração do médico assistente e, para urgência, ocasiões resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional⁴⁴.

Tal diretiva não é considerada pelos planos de saúde, ainda que expressa na redação infralegal, que somente se atém ao caráter geral do instituto, obrigando o Judiciário a intervir em favor dos beneficiários, ante a postura inegavelmente abusiva das OPS:

DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA EM PERÍODO DE CARÊNCIA. NEGATIVA ABUSIVA. FATO GERADOR DE DANOS EXTRAPATRIMONIAIS. VALOR RAZÁVEL. APELAÇÃO DESPROVIDA.
I. Caso em exame

⁴³ MAGALHÃES & LUTZKY, 2019, pp. 19 e 20.

⁴⁴ Artigo 35-C, incisos I e II da Lei 9.656/98.

1. O recurso. A apelação interposta pela ré visa à reforma da sentença de procedência dos pedidos. A apelante pede que os pedidos sejam julgados improcedentes, sob a fundamentação de inexistência de ato ilícito por negativa de cobertura. Subsidiariamente, pede o afastamento ou a redução do valor fixado a título de danos extrapatrimoniais.

2. Fatos relevantes. (i) o contrato de plano de saúde teria sido celebrado em 20 de julho de 2023; (ii) em 1º de novembro de 2023, a parte autora (menor impúbere representada por seu genitor), beneficiária de plano de saúde administrado pela ré, teve indicação médica de internação hospitalar de urgência; (iii) negativa de cobertura do plano de saúde, sob a alegação de carência contratual.

II. Questões em discussão

3. As questões em discussão consistem em saber se: (i) ocorreu a prática de ato ilícito pela negativa de cobertura de internação hospitalar; (ii) existe o dever de reparação pelos danos extrapatrimoniais e eventual adequação da respectiva estimativa.

III. Razões de decidir

4. O relatório médico, de 1º de novembro de 2023, é suficiente à demonstração da situação de urgência da beneficiária (paciente com oito meses de idade), o qual expressa a necessidade de internação hospitalar de urgência.

5. **Conquanto se afigure legítima a previsão de período de carência em contratos de plano de saúde (Lei n.º 9.656/1998, art. 12, inc. V, alíneas “a”, “b” e “c”), não prevalece a justificativa para negativa de cobertura contratual (período de carência de cento e oitenta dias), em virtude da gravidade do quadro clínico da beneficiária (CDC, art. 51, § 1º c/c CPC, art. 375). A recusa em autorizar a internação em caso de urgência configura ilícito passível de reparação.**

6. Os danos extrapatrimoniais, diante da recusa de cobertura em situação emergencial, estão configurados, pois ultrapassam o mero aborrecimento e violam direitos da personalidade (CC, art. 12). Precedentes.

7. A estimativa dos danos extrapatrimoniais (R\$ 5.000,00) observa concretamente os critérios da capacidade econômica das partes, circunstâncias factuais, extensão do dano e caráter preventivo do instituto, bem como o princípio da proibição de excesso.

IV. Dispositivo

8. Apelação desprovida. (Acórdão 1947093, 0714830-37.2023.8.07.0006, Relator(a): FERNANDO TAVERNARD, 2ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 19/11/2024, publicado no DJe: 05/12/2024, grifo nosso).

Para finalizar as justificativas ilegais das OPS, cabe discutir a questão dos medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou de uso de fármacos em ocasiões distintas do prescrito pela bula, os denominados *off-label*.

A princípio, há base legal para a recusa de fornecimento de tais remédios, contudo, novamente se apresenta a alteração da L. 9.656/1998 pela Lei Nº 14.454/2022, autorizando o uso de medicamentos ou métodos não prescritos na RN da ANS.

Pelo exposto, compreende-se que, pelo menos até o descrito, lacunas legislativas que viabilizem a posição dos planos de saúde, excetuando-se o caso de taxatividade ou exemplificatividade do RPES da ANS, o que, por si só, evidencia a presente ilicitude dos planos de saúde na recusa de cobertura pela desobediência à norma infralegal.

4.2. A abusividade contratual das OPS segundo a ótica do Código de Defesa do Consumidor

Em consideração à relação jurídica de consumo estabelecida pela prestação de serviço, entendendo a OPS como a ofertante e o beneficiário como o que busca o serviço, o cliente, e a assistência prestada como o objeto, deve-se, para obter maior profundidade sobre o fenômeno da judicialização na saúde suplementar e sobre a extensão jurídica do abuso realizado pelos planos de saúde na negativa de cobertura.

Em seguida, dado que é uma relação de consumo, é obrigatoriamente regida pelas normas do consumidor, conjuntamente com a LPS, dado o vínculo com a área da saúde. Essa afirmativa encontra amparo no precedente federal, a Súmula/STJ nº 608, já mencionada na pesquisa.

O conteúdo de ambas declara que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”. A exceção, recapitulamos, é devida à natureza das entidades de autogestão, que passaremos adiante para evitar prolixidade.

Originalmente, os contratos de plano de saúde, em épocas anteriores à promulgação da Lei 9.656/98 — os mencionados contratos antigos ou velhos — eram do tipo de adesão, o que significa dizer que as OPS, no instrumento contratual, deveriam deixar cristalinas as condições e termos de assistência, sendo o beneficiário um mero coadunante das cláusulas, sem poder de decisão ou alteração quanto a essas:

A adesividade dos contratos é causada pela imposição contratual por uma das partes em relação às cláusulas e condições do negócio jurídico de forma que a outra parte não tenha permissão para alterar qualquer uma delas. Mesmo que haja imposição legal de algumas cláusulas, não foi a parte vulnerável quem atuou na composição da cláusula. Nesse caso, fica fortemente caracterizada a vulnerabilidade da parte que necessita contratar em face de outra que realiza toda a produção do contrato. No caso dos contratos de plano de saúde, além da vulnerabilidade do consumidor, existe grande dependência dele face à prestadora, uma vez que aquele contrato será de extrema necessidade visto que a saúde pública não é fornecida corretamente e com qualidade pelo Poder Público.⁴⁵

Tal condição também se aplica aos contratos novos, ainda com natureza de adesão, o que em si já traz uma preocupação, visto que a autonomia do beneficiário se vê limitada senão inexistente ante a rigidez das regras a ele impostas e pela incapacidade de realizar alterações nas condições do serviço que, ironicamente, efetua pagamento. Se na regra do senso comum,

⁴⁵ MOREIRA, 2015, p. 279.

“o cliente tem razão”, nessa situação, o fornecedor contém a palavra decisiva acerca do possível:

Portanto, deparamos com um contrato atípico, que não é de adesão entre as partes e, tampouco, bilateral ou consensual entre os contratantes. Nesse contrato, não se discute cláusulas de carência, preço e, serviços a serem prestados. No entanto, todas as empresas se encontram vinculadas e sujeitas ao CONSU e a ANS. Portanto, observa-se que nos referidos contratos foi excluído o princípio da liberdade contratual prevista no artigo do artigo 421 do Código Civil.⁴⁶

Diante desse contexto desigual, entra a figura não somente das legislações, como também dos órgãos de controle e regulação das atividades das OPS, pois, na ausência dessas, o beneficiário, consumidor, está completamente desamparado, à mercê das empresas que não visam precisamente a sua higidez, mas sim o aproveitamento do lucro sobre a atividade a ser desempenhada.

Além disso, também são caracterizados como de longa duração, pois há uma continuidade pertinente à atividade — pois pressupõe-se, enquanto o consumidor viver, necessitar de assistência, e nisso a convivência entre OPS e cliente perdura pelo tempo que se demonstrar mútua: o beneficiário paga a contraprestação, e a OPS realiza a assistência ambulatorial, hospitalar etc.

Conforme explicitado no segundo capítulo, o contrato de assistência à saúde privada, na classificação clássica, configura-se como contrato cativo e de longa duração, cuja prestação fica a depender da ocorrência de evento futuro e incerto, que é doença do usuário. Apresentando como principais características a bilateralidade, reciprocidade e aleatoriedade. Tal categorização prioriza o caráter patrimonial da prestação, tendo em conta a transferência onerosa de riscos referentes à futura prestação de assistência médica ou hospitalar. Essa classificação não leva em conta a essencialidade do bem no momento da resolução dos conflitos.⁴⁷

E finalizando a caracterização, a presença do elemento aleatório de critério contratual, qual seja de ocorrência futura e incerta, tal qual um contrato de seguro automotivo, no qual não se espera obrigatoriamente que ocorra o evento adverso, mas, em ocorrendo, a questão do preparo para tal sinistro.

Uma vez delimitado o contrato, podemos prosseguir quanto à análise da abusividade alegada no estudo. Para tal, tracemos a função social do contrato de planos de saúde. Conforme explicitado na primeira seção da presente pesquisa, o direito à saúde é uma garantia fundamental prevista pela Lei Maior. Nessa égide, cabe às OPS zelar pelo direito ao bem-estar não da população como um todo, mas de beneficiar ao máximo de pessoas possível.

⁴⁶ FETTBACH, 2008, p. 316.

⁴⁷ SCHMIDT, 2014, p. 111.

Dado isso, a primeira dos excessos toma forma na figura da empresa visar somente ao lucro e à subsistência de seu regime de atuação. *Ab ovo* tais objetivos não são escusos, mas a sobreposição desses frente ao direito à vida constitui essencialmente um abuso contratual, refletido nos levantamentos feitos anteriormente na pesquisa.

Logo após, temos a negativa de cobertura genérica, na qual há a previsão contratual para autorização da garantia para tratamento de determinada doença, mas ainda assim a seguradora contraria-se à solicitação do beneficiário em ser assegurado em sua carestia de bem-estar. Em tais circunstâncias, apesar da liberdade contratual da OPS ser respeitada no que se relaciona definição do que vai assegurar ou não, entende-se que, uma vez previsto no instrumento, a rejeição em anuir à solicitação é manifestamente absurda

O STJ decide no sentido de que é lícito às operadoras de plano de saúde limitar os direitos do consumidor nos contratos, estabelecendo, por exemplo, quais doenças estão sendo cobertas, desde que respeitada a lista mínima, de forma que mais serviços serão oferecidos a quem pagar um maior valor, tudo de acordo com a lógica capitalista e de mercado. **Porém, a interpretação do Tribunal é no sentido de que é abusiva a negativa da operadora em custear materiais e meios necessários ao melhor desempenho do tratamento da doença coberta pelo plano. Nesse caso, não há afronta ao bom desenvolvimento econômico, apenas houve decisão de abusividade de determinada conduta da operadora de um serviço público e que deve ser declarada nula e retirada do ordenamento jurídico**, sob pena de contrariar não só a função social do contrato, mas também a dignidade da pessoa humana. (grifo nosso)⁴⁸

Esta ocasião, por extrapolar o limite do mero desconforto, pode ser instaurada judicialmente em sede de ação de indenização por danos morais, visto que o bem tutelado, a saúde do indivíduo, viu-se em risco grave que poderia ter sido evitado, podendo dar ensejo à responsabilização, inclusive por ferir o direito à personalidade.

Além desses, outro típico hábito abusivo das OPS é o de reduzir ou limitar o período de tempo de determinado tratamento ou internação. Em um esforço desenfreado de reduzir custos e maximizar o lucro, por vezes, as seguradoras diminuem a quantidade de sessões ou do *interim* de estadia hospitalar do beneficiário.

Tal conjuntura é muito frequente, v.g., nos casos de TEA, nos quais há a prescrição do médico assistente em uma duração deliberadamente apropriada conforme a ocasião clínica, contudo a seguradora diminui drasticamente a extensão do procedimento, forçando os pais ou tutores legais do menor tutelado a recorrer às Cortes para concessão, em muitos dos casos sendo outorgada somente após a fase recursal ou de cumprimento de sentença.

⁴⁸ MOREIRA, 2015, p. 172.

O comportamento apresentado é uniformemente enfrentado pelos Tribunais como de excessiva afronta à dignidade do sujeito afetado, pois é de intensa irrazoabilidade para com o segurado, pois este não possui controle sobre sua melhora de estado clínico, tampouco os que os galenos que o atendem:

A Egrégia Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça uniformizou jurisprudência a respeito das cláusulas de limitação temporal de internação hospitalar nos contratos de seguro-saúde, prestigiando o entendimento esposado pelo venerando acórdão paradigma, como se verifica do REsp n. 251.024-SP, Rel. Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira, assim ementado: [...] **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. 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 (grifo nosso).⁴⁹

Evidenciados esses, retornamos ao versado problema da carência contratual. Aqui tratamos não das ocasiões de urgência ou emergência, como apresentadas alhures, mas dos quadros de extensão superior ao apresentado pela lei. Para estabelecer o parâmetro, delimitemos os átimos máximos previstos pela norma:

Os prazos máximos de carência permitidos na Lei n. 9.656/98 são:

- 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência;
- 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- 180 (cento e oitenta) dias para demais casos.

Devem constar no instrumento contratual, de forma destacada, os prazos de carência estipulados pela operadora para o plano de saúde, observados os prazos máximos estabelecidos na Lei de planos de saúde.⁵⁰

Dentro dessa definição, há também a CPT, que dura, no máximo, até 24 meses. Nessa concepção, não são os tratamentos comuns apontados acima que são contemplados pela carência, mas procedimentos de alta complexidade, resultantes de condição clínica anterior à institucionalização do contrato, que por força da maior especificidade e risco da função médica, exigem maior preparo burocrático-pecuniário da seguradora, ou oferece agravo:

Cobertura Parcial Temporária - CPT: é um período ininterrupto de até 24 meses, de suspensão da cobertura assistencial de procedimentos de alta complexidade (PAC),

⁴⁹ STJ. Súmula 302.

⁵⁰ GUSMÃO, 2019, p. 65.

leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal no momento do ingresso no plano de saúde [...] a contratação do agravo ocorre em substituição à CPT, contudo, a oferta do agravo é facultativa às operadoras de planos de saúde. Se o agravo for ofertado, deve ser proporcional ao risco adicional suportado pela operadora de plano de saúde e se estender pelo prazo máximo de 24 meses [...] ⁵¹.

Acontece que em inúmeras situações, as OPS extrapolam esses íterins, recusando-se a proceder ou autorizar o tratamento, conduta essa que adentra o mesmo motivo de abusividade da prática anterior, ante a desconsideração da essencialidade do direito à saúde e à saúde pelas OPS na denegatória (Schmidt, 2014).

Depois, hão os reajustes excessivamente onerosos ao consumidor, no qual há a mudança repentina de mensalidade prestada às seguradoras, circunstância na qual o beneficiário se vê fortemente dividido entre se arriscar a encontrar outra oferta mais favorável de assistência, ou anuir ao aumento injustificado de contraprestações adiante.

A faixa populacional mais vitimizada por essa prática são os consumidores que contratam planos de saúde em favor dos idosos que tutelam. Em sua maioria filhos de cidadãos senis, ou os próprios anciãos, deparam-se com um valor ressaltado para serem assegurados de receberem os serviços de saúde.

A justificativa para a discrepância, segundo as seguradoras, reside na maior carestia dos cidadãos idosos em receber os atendimentos ou procedimentos, gerando um desequilíbrio na relação contribuição/prestação de serviço, o que causaria uma nocividade aos recursos financeiros da empresa, arriscando-se a sobrevivência da pessoa jurídica.

Contudo, estipulada defesa não se sustenta, ainda que lógica, ante os princípios constitucionais ⁵² e infralegais ⁵³ de vedação à acepção de cidadãos no acesso aos seus direitos, principalmente no que confere ao CDC, pois versa o artigo 6º, inciso V, que trata como direito essencial do consumidor contra modificação de cláusulas para condições desproporcionais, por esta via, restando caracterizado o abuso.

Por fim, as rescisões unilaterais. Toda e qualquer extinção contratual de plano de saúde é terminantemente proibida pela norma ordinária ⁵⁴, excetuando-se por somente por caso

⁵¹ Idem.

⁵² Art. 5º, CF: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...]

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

⁵³ Art. 14, L. 9.656: Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

⁵⁴ Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática

específico de inadimplência ou força de fraude, caracterizada pelo preenchimento omitido ou mentiroso, ou inclusive, pela utilização indevida de carteira de saúde fornecida a terceiro (GUSMÃO, 2019). Em ambos os casos, há a má-fé do beneficiário.

Apesar de não suceder tal hipótese, as OPS por vezes cinicamente encerram as atividades por alegada inadimplência, forçando os consumidores a incorrer em juízo diante da, utilizando-se da comparativa, calúnia das seguradoras. Invariavelmente, o abuso se demonstra pela arbitrariedade das operadoras que, convenientemente, decidem retirar o indivíduo do seu quadro de beneficiários. A repulsa à prática é mais que justificada:

Em que pese a lacuna na regulamentação setorial, cláusulas contratuais que permitam a suspensão imediata da cobertura do plano de saúde em caso de inadimplência do consumidor, ou que permitam o desligamento do consumidor do contrato por inadimplência em período inferior a 60 dias, ou, ainda, que não contemplem a obrigatoriedade da devida notificação prévia ao consumidor sobre o seu desligamento do contrato de plano de saúde, são consideradas abusivas pelos órgãos de proteção e defesa do consumidor e, da mesma forma, têm sido consideradas abusivas pelo Poder Judiciário.⁵⁵

Compreende-se a partir do exposto, que as seguradoras de saúde evidentemente são abusivas nas suas relações de consumo, visto que o relatado acima se restringe às situações de maior registro de excessos, motivo pelo qual, se faz extremamente mister que seja aplicada maior interação dos órgãos reguladores para atenuar ou, em um caso idealizado, sanar o problema de despotismo para com os hipossuficientes beneficiários.

Não ocorrendo isso, os cidadãos ficam a mercê dos Tribunais, que embora sejam favoráveis aos consumidores no reconhecimento da posição arrogante das OPS, são, por consequência lógica da seara consumerista ser adstrita à Justiça Comum estadual e federal, consideravelmente demoradas, cenário em que o usufruidor dos serviços se vê, até a deliberação judicial, desamparado.

a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. [...]

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

⁵⁵ GUSMÃO, 2019, p. 90.

4.3. A omissão dos órgãos de controle e do Poder Judiciário na multiplicidade de processos

Como explicitado pela subseção que destrinchou a idealização, criação e implementação do setor suplementar de saúde, a questão da judicialização de processos contra os planos de saúde não é uma matéria recente, contudo uma questão que perdura e se escalona no cenário do ordenamento jurídico brasileiro.

Dado problema evidencia, além de uma insuficiência dos órgãos reguladores de saúde como a ANS e o Conitec, uma omissão diante da atividade ilícita das OPS, que asseveram a prática de negativa de cobertura, sejam elas decorrentes da instrumentalização contratual, sejam referentes à própria dignidade dos beneficiários.

Como demonstrado por Clenio Schulze (2022), a multiplicidade de processos, com relevância na área da saúde suplementar, é resultado da burocracia e vagareza na atualização do RPES, mora das agências de ATS e despreparo do Judiciário para operar em situações que estejam para além do direito em casos relacionados ao direito sanitário.

A maior das omissões se demonstra pelo principal motivo de discussões jurisprudenciais — a natureza exemplificativa ou taxativa do RPES, motivo conciso para grande número dos processos envolvendo a negativa de cobertura, como explicitado em subtópicos acima.

Diante desse cenário, indubitável é que a ineficiência dos órgãos de controle da saúde suplementar em refrear o costume permanente das OPS é fator decisivo na reiteração de judicialização. Ressalta-se que a ANS, até no que se expandiu a presente pesquisa, não demonstrou possuir nenhum método de penalização contra as condutas ilícitas das seguradoras.

O quadro, nessas condições, por si só, é tenebroso. A situação piora quando percebemos que o Judiciário, por mais que seja pró-consumidor e defensor dos hipossuficientes na sua experiência, se mostra igualmente leniente na questão didática-punitiva, permanecendo apenas na posição de resolvidor das causas individuais.

Nessa ocasião, hão três problemas principais — uma inconsistência na interpretação do RPES, sem se atentar para o estabelecido pelas normas da ANS; ausência de conhecimento técnico acerca do tratado pela legislação, utilizando-se do mero rigor jurídico da causa; e por fim uma valorização do individual sobre o coletivo, no sentido de não se observar as repercussões sociojurídicas de uma decisão.

O que advém disso para o sistema jurídico brasileiro é um constante ciclo de impunidade e abusividade das OPS frente ao beneficiário causado pela inexistência de uniformidade — pois a seguradora se vê na liberdade de negar a assistência, o beneficiário,

acuado, recorre ao judiciário, mas somente obtém o direito pleiteado após período de tempo demasiado alongado.

Cabe a inferência de que, em ausência de resolução desse cenário, dois caminhos hipotéticos são previsíveis: ou a perduração de um contexto caótico no Judiciário, engatando e engessando o aparelho *sub judice* cada vez mais, passando a ser um motivo próprio de morosidade do organismo jurisprudencial (a demanda ainda é subordinada ao direito do consumidor e civil), ou um desânimo generalizado dos beneficiários ante a demora, culminando em mais impunidade.

Na hipótese, a solução apropriada para o judiciário seria realizar, para que fosse alcançada uma pacificação do entendimento não somente nos graus mais elevados dos Tribunais, de se ater mais ao rigor técnico das causas, não somente visando a mera resolução dos problemas individuais, o que em si culminaria na resolução das várias questões desde a base do organismo jurídico, sem necessidade de alçar-se ao nível federal.

Em outro ângulo, para a ANS, trata-se de estabelecer um parâmetro de definição sobre a natureza do RPES, pois, ainda que o estudo e parecer levem um íterim extenso de tempo, a grande controvérsia será finalmente encerrada. Além disso, cabe implementar mecanismos de penalização às condutas das OPS que estejam em desacordo com as normas infralegais e constitucionais, gerando um caráter pedagógico.

5. MOVIMENTOS DE REGULAÇÃO À NEGATIVA DE COBERTURA EM JUÍZO

A crescente judicialização da saúde suplementar no Brasil, notadamente no que tange às negativas de cobertura assistencial pelas operadoras de planos de saúde, tem motivado uma série de iniciativas institucionais voltadas à regulação dessas condutas.

No entanto, tais movimentações não se mostraram suficientemente eficazes para conter os abusos praticados pelas OPS na prestação de serviço, tampouco para reduzir a sobrecarga imposta ao Poder Judiciário, perdurando a multiplicidade processual.

Neste cenário, é necessário examinar os fatores que contribuem para a persistência desses litígios, dentre os quais se destaca a atuação da ANS ou, mais precisamente, a sua omissão reiterada diante de práticas contratuais abusivas.

Portanto, analisaremos como a leniência da ANS tem impulsionado a intervenção cada vez mais intensa do Judiciário na proteção dos direitos dos consumidores de planos de saúde, em atuação de defesa ao beneficiário, atividade que seria facilmente desempenhada caso a agência reguladora cumprisse precipuamente sua função.

5.1 A leniência da ANS como fator de impulsão da atividade dos Tribunais

O aumento exponencial da judicialização na saúde suplementar, especialmente motivado pelas negativas de cobertura assistencial por parte das operadoras de planos de saúde, tem exposto fragilidades significativas na atuação da ANS.

Embora esta entidade reguladora tenha sido instituída pela Lei n.º 9.961/2000 com a finalidade de fiscalizar, normatizar e controlar o setor, sua atuação tem sido frequentemente marcada por uma postura condescendente, contribuindo para o acirramento dos conflitos e para a crescente intervenção do Poder Judiciário.

Dados recentes da própria ANS revelam que, em novembro de 2024, o país contava com mais de 50 milhões de beneficiários de planos de assistência médica privada⁵⁶. Todavia, essa significativa parcela da população continua a enfrentar entraves injustificáveis ao acesso pleno aos serviços contratados, o que tem levado à proliferação de ações judiciais.

⁵⁶ PEREIRA, 2008.

Sobre isso, o CNJ, firmou acordo com a ANS na tentativa de reduzir a judicialização da saúde suplementar⁵⁷, reconhecendo, implicitamente, que a regulação atual não tem sido capaz de resolver as controvérsias administrativas e proteger adequadamente os consumidores.

Tal ineficácia regulatória se manifesta, por exemplo, na rigidez e desatualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que, embora atualizado periodicamente, não acompanha a dinamicidade da evolução terapêutica e tecnológica na área da saúde.

O rol, frequentemente utilizado pelas operadoras como justificativa para negar tratamentos prescritos, é tratado como taxativo, ainda que em clara afronta à jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça (REsp 1.733.013/SP)⁵⁸, que o entende como exemplificativo e subordinado ao direito à saúde e à dignidade da pessoa humana.

Conforme alertado por Elmer Marques⁵⁹, o Judiciário vem sendo convocado a intervir nas relações contratuais entre operadoras e usuários justamente para resguardar o princípio da não intervenção em orientação terapêutica, que se impõe em razão da vulnerabilidade do consumidor e da essencialidade do bem contratado.

Quando a ANS se omite na fiscalização e deixa de penalizar práticas abusivas, o Judiciário se vê na tarefa de conter o desequilíbrio contratual e a conduta ilícita reiterada pelas operadoras.

Além disso, a regulação atual carece de instrumentos eficazes de efetivação normativa. As sanções administrativas aplicadas às operadoras, quando existem, são insuficientes para coibir as práticas ilícitas, como revela o aumento de cerca de 50% no número de ações judiciais contra planos de saúde em apenas três anos.

Relembremos que em 2024, por exemplo, foram contabilizadas cerca de 300 mil ações judiciais envolvendo exclusivamente a negativa de cobertura.⁶⁰ Tais números, senão preocupantes, são alarmantes para o cenário de saúde brasileiro.

A omissão regulatória não apenas sobrecarrega o Poder Judiciário, mas deslegitima o papel da própria agência perante os consumidores. Conforme pontuado por Ayeza Schmidt⁶¹, a essencialidade do bem jurídico tutelado, qual seja a saúde, impõe um tratamento jurídico

⁵⁷ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **CNJ e ANS assinam acordo para redução da judicialização da saúde suplementar**. Portal CNJ, 21 nov. 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-e-ans-assinam-acordo-para-reducao-da-judicializacao-da-saude-suplementar/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

⁵⁸ (STJ - REsp: 1733013 PR 2018/0074061-5, Relator.: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 10/12/2019, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 20/02/2020)

⁵⁹ MARQUES, 2015.

⁶⁰ DINO. Planos negam cobertura e 300 mil pacientes buscam a Justiça. Valor Econômico.

⁶¹ SCHMIDT, 2014.

diferenciado, no qual a atuação estatal deve ser robusta, preventiva e eficiente, especialmente em contextos de assimetria informacional e contratual.

Portanto, a leniência da ANS diante de reiteradas condutas abusivas das operadoras atua como catalisador da judicialização. A ausência de respostas regulatórias céleres e eficazes fomenta a cultura da litigiosidade, ao mesmo tempo em que mina a confiança dos consumidores nos mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos, como a Notificação de Investigação Preliminar (NIP), frequentemente ignorada pelas operadoras.

Frente a esse cenário, torna-se imprescindível uma reestruturação institucional da ANS, com reforço de sua autonomia técnica e orçamentária, a fim de garantir sua capacidade de atuação proativa e efetiva na defesa dos consumidores da saúde suplementar. Enquanto isso não ocorre, o Poder Judiciário continuará a exercer papel substitutivo, reafirmando, em cada sentença, que o direito à vida e à saúde não pode ser subjugado pela lógica do mercado.

5.2 A atuação do Conselho Nacional de Saúde como regulador das atividades da ANS

Originalmente, a ANS possui competência de legislar sobre a matéria de saúde suplementar. Todavia, essa atividade não é sem refreios, situação em que se apresenta o CNS, instituído pela Lei 8.080/1990, atuando como gerenciador das políticas públicas relacionadas ao setor de saúde, sendo superior a ANS em formular e fiscalizar a política nacional de saúde.

Um dos principais objetivos do órgão é garantir a participação da sociedade na gestão do SUS, fiscalizando e influenciando diretamente a elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde, inclusive no que tange à saúde suplementar, por meio do acompanhamento das ações da ANS.

Nesse contexto, o CNS atua como órgão de regulação indireta das atividades desempenhadas pela ANS, especialmente quando estas relacionam-se ao direito à saúde, ainda que suplementar.

Ainda que a ANS seja uma autarquia, o que implicaria dizer que é autônoma em suas práticas como órgão, vinculada ao Ministério da Saúde e detenha competência normativa, reguladora e fiscalizadora na saúde suplementar, circunstância proporcionada pela Lei 9.961/00, não atua de maneira totalmente independente.

Na prática, o CNS exerce sobre a ANS uma função política e institucional de regulação, inclusive ao deliberar sobre diretrizes gerais e fiscalizar os impactos das decisões da agência reguladora sobre os beneficiários. Por fim, funciona como um freio democrático aos excessos ou omissões da agência.

Nos últimos anos, essa atuação tem se mostrado ainda mais necessária frente ao crescimento da judicialização na saúde suplementar. Segundo dados do CNJ, o número de ações contra operadoras de planos de saúde dobrou em apenas três anos, atingindo cerca de 330 mil processos em 2024.

Essa crescente resulta da omissão ou morosidade da ANS em colocar óbice às práticas abusivas das OPS. Em tal conjuntura, a posição do CNS em alertar sobre a necessidade da ANS passar a ser mais responsiva demonstra a preocupação com os direitos dos beneficiários.

Muito embora possua forma consultiva, o CNS possui força de mudança no cenário de saúde, por possuir capacidade de influenciar a atualização das diretrizes da ANS, demandando do órgão regulador maior clareza normativa em seus atos normativos e uma postura de maior defesa ao consumidor.

Entre as deliberações de destaque está a crítica à demora na atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como à sua antiga natureza taxativa, que foi objeto de revisão legislativa em 2022 com a promulgação da Lei nº 14.454/2022.

Além disso, o CNS tem defendido maior articulação entre a ANS, o Judiciário e o Ministério da Saúde para enfrentar o crescimento exponencial das demandas judiciais relacionadas à saúde suplementar.

O acordo de cooperação técnica firmado entre a ANS e o CNJ, em novembro de 2024, para reduzir a judicialização por meio da produção de pareceres técnicos (e-NatJus) e maior uniformização nas decisões judiciais, é uma das iniciativas que receberam apoio do CNS, ainda que com ressalvas quanto à sua efetividade prática a curto prazo.

Conforme destaca Adamy, a “vagueza normativa” e a “captura regulatória” são desafios concretos enfrentados pelas agências reguladoras no Brasil, sendo o controle social por conselhos e órgãos participativos fundamentais para evitar que tais instituições se tornem tecnocráticas e descoladas das necessidades da população.

Portanto, a atuação do CNS não se limita a um papel meramente consultivo, mas configura uma forma de regulação política e participativa que visa contrabalançar a atuação da ANS, reforçar a defesa dos usuários da saúde suplementar e contribuir para a concretização do direito à saúde como garantia fundamental no Estado Democrático de Direito.

Por fim, cabe destacar que o fortalecimento do controle social exercido pelo CNS, mediante maior transparência dos processos decisórios da ANS e a obrigatoriedade de

acolhimento de suas recomendações, constitui passo essencial para a superação do modelo de regulação autorreferente.

O equilíbrio entre autonomia técnica da agência e escuta qualificada da sociedade civil organizada é imprescindível para que a atuação regulatória não se desvirtue de sua finalidade pública. A atuação articulada entre CNS e ANS, quando efetiva, é capaz de mitigar assimetrias informacionais, prevenir abusos contratuais e garantir a centralidade do interesse público no sistema de saúde suplementar.

5.3 Comportamento jurisprudencial dos Tribunais no tocante à abusividade das operadoras

O avanço da judicialização da saúde suplementar no Brasil revela não apenas a omissão regulatória da ANS, mas também a consolidação de uma postura ativa do Poder Judiciário no enfrentamento das condutas abusivas praticadas pelas operadoras de planos de saúde.

O Judiciário, embora acionado tardiamente pelos beneficiários, tem adotado entendimento majoritariamente protetivo, reconhecendo reiteradamente a ilicitude de cláusulas contratuais que, sob o pretexto de limitação da cobertura, violam frontalmente o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana.

As Cortes pátrias, vêm reafirmando a interpretação de que é inadmissível a recusa de tratamentos ou materiais indispensáveis ao êxito terapêutico de enfermidades já cobertas pelo contrato. Nesse sentido, o STJ firmou entendimento de que, ainda que seja legítima a limitação contratual quanto às enfermidades abrangidas, é absolutamente abusiva a negativa de fornecimento de meios necessários ao adequado tratamento dessas doenças⁶².

Jurisprudência emblemática nesse sentido é o acórdão proferido no REsp 251.024-SP⁶³, no qual o STJ declarou abusiva cláusula que limitava o tempo de internação hospitalar, especialmente em unidades de tratamento intensivo, em razão da continuidade do quadro clínico.

No caso, o magistrado apontou que cláusulas como estas geram riscos ao beneficiário, contrariando diretamente o princípio da boa-fé contratual, motivo pelo qual são manifestamente nulas.

⁶² SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Cláusula que restrinja tratamentos médicos é abusiva, ainda que contrato seja anterior à Lei dos Planos de Saúde.

⁶³ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA Recurso Especial n.º 251.024-SP.

Outro ponto recorrente na jurisprudência é a crítica à imposição de carência contratual em situações de urgência e emergência, principalmente nos casos em que há risco iminente de vida ou comprometimento severo à integridade física do beneficiário.

Conforme o artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, essas hipóteses devem ser imediatamente atendidas, independentemente do cumprimento de prazo de carência. No entanto, operadoras frequentemente utilizam esse argumento como subterfúgio para negar atendimento, obrigando o Judiciário a intervir em favor do consumidor:

DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER . TUTELA DE URGÊNCIA. INTERNAÇÃO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA NO PERÍODO DE CARÊNCIA. INADMISSIBILIDADE . DECISÃO MANTIDA. I. CASO EM EXAME 1. Agravo de instrumento contra decisão que deferiu tutela de urgência para determinar a prestação de serviços médico-hospitalares, com internação em caráter de emergência, negada pelo plano de saúde sob alegação de período de carência . II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. A questão em discussão consiste em verificar a admissibilidade da negativa de cobertura pelo plano de saúde, no período de carência, diante da urgência da internação, à luz do art. 12, V, alínea c, da Lei nº 9.656/98 e da Súmula 597 do Superior Tribunal de Justiça. III. RAZÕES DE DECIDIR 3 . O art. 12, V, alínea c, da Lei nº 9.656/98 estabelece que o prazo de carência para cobertura em situações de urgência ou emergência deve ser reduzido a 24 horas. 4 . A Súmula 597 do STJ dispõe que é abusiva a cláusula contratual que prevê carência para utilização de serviços em situações de emergência ou urgência, se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas a partir da contratação. 5. No caso, o laudo médico demonstra que o paciente estava em situação de emergência, sem condições de seguir na enfermaria ou de ser removido, necessitando de suporte intensivo devido ao risco de vida. IV . DISPOSITIVO E TESE 6. Recurso não provido. Tese de julgamento: "1. A negativa de cobertura pelo plano de saúde em período de carência é inadmissível em casos de internação de emergência, nos termos do art . 12, V, alínea 'c', da Lei nº 9.656/98 e da Súmula 597 do STJ."

(TJ-AM - Agravo de Instrumento: 40082708820228040000 Manaus, Relator.: Abraham Peixoto Campos Filho, Data de Julgamento: 16/11/2024, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 16/11/2024).

E ainda:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA COBERTURA. INTERNAÇÃO. CIRURGIA. APENDICITE. PERÍODO DE CARÊNCIA. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. CARACTERIZADA. DANOS MORAIS. EXISTÊNCIA. REPARAÇÃO. 1. Nos casos de situação de urgência ou emergência, a cobertura e o tratamento devem ser garantidos de forma imediata, cumprindo-se apenas o prazo reduzido de carência de 24h (Lei nº 9.656/1998, art . 35-C). Logo, é ilegítima a negativa da operadora de plano/seguro de saúde em autorizar o procedimento solicitado pelo médico assistente com base no período de carência contratual. 2. A negativa de cobertura por parte do plano/seguro de saúde, em casos de urgência e emergência, enseja a condenação à reparação de dano moral . 3. Recurso conhecido e parcialmente provido.

(TJ-DF 0721892-23.2022.8.07.0020, Relator.: DIAULAS COSTA RIBEIRO, Data de Julgamento: 23/01/2024, 8ª Turma Cível, Data de Publicação: 02/02/2024)

Ademais, a jurisprudência tem rechaçado as práticas arbitrárias de rescisão unilateral dos contratos, especialmente nos casos em que a inadimplência não ultrapassa o prazo

legal de 60 dias ou sequer é formalmente comunicada. Tais condutas são classificadas como manifesta afronta ao Código de Defesa do Consumidor e têm sido coibidas com base nos princípios da boa-fé e do equilíbrio contratual, como se vê:

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA ADMINISTRADORA. REJEIÇÃO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. RESCISÃO UNILATERAL. INADIMPLÊNCIA INFERIOR A 60 DIAS. AUSÊNCIA DE PRÉVIA NOTIFICAÇÃO. REQUISITOS NÃO CUMPRIDOS. RESTABELECIMENTO DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO. DANO MORAL. CONFIGURADO. QUANTUM MANTIDO. 1. A responsabilidade entre a operadora do plano de saúde e a administradora por eventuais danos causados aos seus beneficiários é solidária, visto que ambas integram a cadeia de fornecimento de serviços na relação de consumo, conforme previsto no art. 7º do Código de Defesa do Consumidor. Preliminar rejeitada. 2. A rescisão unilateral do contrato de plano de saúde, inclusive na modalidade coletivo por adesão, depende de prévia notificação do beneficiário até o quinquagésimo dia de inadimplência, nos termos do artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998. 3. A notificação de cancelamento do plano de saúde deve ser realizada por via postal com aviso de recebimento, não podendo ser dar por simples encaminhamento de e-mail sem confirmação de recebimento ao consumidor. Essa é a orientação prevista no Enunciado de Súmula Normativa nº 28, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. 4. Há responsabilidade da seguradora de saúde na compensação pelos danos morais causados ao beneficiário, uma vez que o cancelamento indevido do contrato, impossibilitando o paciente de usufruir da assistência médica necessária, representa violação dos direitos da personalidade do consumidor. 5. A compensação pecuniária devida ao atingido por ofensas de natureza moral deve observar aos critérios de razoabilidade e de proporcionalidade, a condição econômica do apelante e, especialmente, a vedação ao enriquecimento ilícito do ofendido e a extensão do dano causado. 6. Na hipótese, o quantum de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) arbitrado a título de indenização por danos morais revela-se consentâneo aos valores fixados em casos similares por este e. Tribunal de Justiça. 7. Apelação conhecida e não provida. Honorários sucumbenciais majorados. (TJ-DF 07155143920218070003 1639917, Relator.: LUCIMEIRE MARIA DA SILVA, Data de Julgamento: 10/11/2022, 4ª Turma Cível, Data de Publicação: 24/11/2022).

Em harmonia com esse entendimento, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo enfrentou um caso de recusa de custeio de tratamento oncológico sob a justificativa de ausência de previsão no rol da ANS. A Corte considerou a negativa inadmissível, especialmente diante da existência de prescrição médica expressa, invocando o Código de Defesa do Consumidor (art. 51, IV) e a recente Lei nº 14.454/2022, que positivou o caráter não taxativo do rol da ANS. A decisão destacou que não podem ser excluídos procedimentos necessários à cura se a doença estiver coberta pelo contrato:

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. CUSTEIO DE TRATAMENTO. Paciente diagnosticado com "carcinoma de intestino". Prescrição médica do tratamento "Ablação hepática por Radiofrequência". Negativa de cobertura por ausência de previsão no rol da ANS. Inadmissibilidade. Limitação ao tratamento. Incidência do Código de Defesa do Consumidor. Não excluindo o contrato o tratamento da doença, não podem ser excluídos os procedimentos, exames, materiais, métodos e medicamentos necessários à cura. Inteligência do Art. 51, IV, CDC. Negativa baseada

na alegação de que o tratamento não se encontra previsto nas diretrizes do rol da ANS. Existência de indicação expressa e fundamentada do médico. Lei 14.454/22 que estabeleceu expressamente que o rol não é taxativo. Inteligência da Súmula 102 deste Tribunal. Não caracterizadas, portanto, as hipóteses de afastamento da obrigatoriedade da cobertura, no presente caso. Sentença mantida. Recurso não provido.

(TJ-SP - Apelação Cível: 1007480-90.2021.8.26.0223 Guarujá, Relator.: Vitor Frederico Kumpel, Data de Julgamento: 19/02/2024, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 19/02/2024)

Além das manifestações das cortes estaduais, como o Tribunal de Justiça de São Paulo, é notório que a recorrência dessas negativas de cobertura alcança os tribunais superiores, especialmente o Superior Tribunal de Justiça (STJ), o qual tem desempenhado papel central na uniformização da interpretação jurídica em matéria de saúde suplementar.

Diante do aumento exponencial de demandas, o STJ tem se posicionado de forma cada vez mais incisiva no combate às cláusulas restritivas abusivas e na defesa do consumidor hipossuficiente, consolidando entendimentos que orientam os julgamentos nas instâncias inferiores e oferecem maior segurança jurídica sobre o alcance das obrigações das operadoras de planos de saúde, como se pode observar:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. RECUSA INJUSTIFICADA . ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. TRANSTORNO DEPRESSIVO GRAVE. TRATAMENTO . DEVER DE COBERTURA. RECUSA INDEVIDA. DANOS MORAIS. CARACTERIZAÇÃO . 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça reafirmou a jurisprudência no sentido do caráter meramente exemplificativo do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reputando abusiva a negativa da cobertura, pelo plano de saúde, do tratamento considerado apropriado para resguardar a saúde e a vida do paciente . 3. A jurisprudência desta Corte Superior reconhece a possibilidade de o plano de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma delas. 4. É abusiva a negativa da cobertura, pelo plano de saúde, de tratamento/medicamento considerado apropriado para resguardar a saúde e a vida do paciente . 5. O Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento no sentido de que, tendo se caracterizado a recusa indevida de cobertura pelo plano de saúde, deve ser reconhecido o direito à indenização por danos morais, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já abalado e com a saúde debilitada. 6. Agravo interno não provido. (STJ - AgInt no REsp: 1976123 DF 2021/0384772-5, Data de Julgamento: 28/11/2022, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 09/12/2022)

Outrossim, jurisprudência do TJ-SP, em julgamento de caso envolvendo diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), reconheceu a abusividade da negativa de cobertura sob a alegação de doença preexistente.

O Tribunal observou que não houve exigência de exames prévios à contratação nem prova de má-fé por parte do segurado, aplicando a Súmula 609 do STJ. Essa decisão reafirma o dever de cobertura do tratamento multidisciplinar indicado, reforçando o entendimento de

que cláusulas ambíguas ou que restrinjam direitos de forma desproporcional devem ser interpretadas em favor do consumidor, como se observa:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. RESCISÃO UNILATERAL . DOENÇA PREEXISTENTE. Ação cominatória c/c indenização por danos morais. Autor diagnosticado com TEA, com indicação de tratamento multidisciplinar. Negativa de cobertura fundada em fraude contratual por doença preexistente . Sentença de procedência. Insurgência da ré. CERCEAMENTO DE DEFESA. Inocorrência . Elementos presentes nos autos que são suficientes para o deslinde da causa, aplicando-se a teoria da causa madura. MÉRITO. Diagnóstico de transtorno do espectro autista concluído durante a vigência do contrato. Negativa de cobertura do tratamento multidisciplinar indicado, sob o fundamento de alegada doença preexistente, considerada abusiva . Hipótese em que não foram exigidos exames médicos prévios à contratação e não demonstrada má-fé do segurado. Aplicação da Súmula 609 do STJ. Dever de restabelecimento do plano de saúde e de cobertura do tratamento mantidos. REEMBOLSO . Pedido de limitação do reembolso aos limites do contrato que configura inovação recursal, não comportando conhecimento. DANO MORAL. Não caracterizado. Ausentes indícios de que a conduta da ré ensejou dano aos direitos da personalidade do autor, diante das peculiaridades do caso concreto . Parecer da Procuradoria de Justiça nesse sentido. Sentença reformada apenas para afastar a condenação em danos morais. Sucumbência da ré. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, NA PARTE CONHECIDA ."(v. 43949).

(TJ-SP - Apelação Cível: 1000783-43.2023.8.26.0624 Tatuí, Relator.: Viviani Nicolau, Data de Julgamento: 02/02/2024, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 02/02/2024)

No mesmo sentido, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais também se debruçou sobre situações em que operadoras negaram tratamentos sob o fundamento de cláusulas contratuais restritivas, especialmente em casos de doenças de alta complexidade⁶⁴.

Em julgados recentes, a Corte mineira tem enfatizado que a exclusão de procedimentos essenciais, ainda que amparada por supostas cláusulas expressas, deve ser interpretada à luz da função social do contrato, da boa-fé objetiva e da dignidade da pessoa humana.

A negativa de terapias necessárias ao tratamento de pacientes diagnosticados com transtornos do neurodesenvolvimento, por exemplo, tem sido reiteradamente afastada, sob o fundamento de que a prescrição médica é elemento suficiente para vincular a operadora à obrigação de custeio integral, independentemente da previsão formal no rol da ANS.

Portanto, as jurisprudências mencionadas demonstram uma atuação judicial voltada à proteção da parte vulnerável da relação contratual — o beneficiário —, ao mesmo tempo em que enfrentam os artifícios contratuais utilizados pelas OPS para se eximirem de suas responsabilidades legais.

⁶⁴ (TJMG, Apelação Cível n. 5014453-97.2023.8.13.0024, 2025).

Essa construção jurisprudencial, ainda que reativa e por vezes morosa, tem se mostrado crucial para atenuar os efeitos da má-fé contratual e garantir a efetividade dos direitos fundamentais à saúde e à dignidade da pessoa humana.

Dessa forma, evidencia-se que, mesmo com a existência de legislação específica robusta e detalhada, a realidade prática ainda exige constante atuação do Judiciário para coibir abusos e assegurar que os contratos de assistência à saúde cumpram sua função social e protetiva.

A multiplicidade de decisões nesse sentido reflete não apenas a reincidência das operadoras nas condutas ilícitas, mas também a resistência das cortes superiores em permitir a perpetuação de cláusulas abusivas sob o véu da legalidade aparente.

Por fim, observa-se que, embora o Judiciário tenha cumprido papel relevante no combate à abusividade das operadoras, a atuação ainda é fragmentada e morosa, o que compromete a efetividade da tutela jurisdicional.

O volume de litígios, aliado à lentidão processual, impõe aos consumidores um ônus desproporcional, especialmente em se tratando de situações em que o tempo é fator determinante para a preservação da vida e da saúde.

Torna-se imperioso, portanto, que os Tribunais ampliem a uniformização dos entendimentos e que o próprio sistema de justiça desenvolva mecanismos processuais mais céleres e sensíveis às especificidades das demandas envolvendo saúde suplementar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do presente estudo, foi possível identificar com clareza a complexidade envolvida na relação contratual estabelecida entre as OPS e seus beneficiários, principalmente quando essa relação é marcada pela negativa de cobertura de tratamentos, medicamentos e procedimentos essenciais à saúde.

Ainda que a Constituição Federal de 1988 consagre a saúde como um direito fundamental e social, e que a legislação infralegal, destacadamente a Lei 9.656/98, delimite cristalinamente os limites e deveres das operadoras, assim como suas garantias, o visto no caso prático é digno de pena ante os milhões de beneficiários em polo ativo judicialmente.

A análise, no campo teórico e na realidade fática demonstrou que não há lacunas normativas capazes de justificar, com eficácia, a negativa de cobertura por parte das OPS. Ao contrário, o marco legislativo da saúde suplementar no Brasil é suficiente para concretizar a proteção do consumidor.

Diante disso, as alegações de vagueza legislativa, portanto, não encontram respaldo técnico-jurídico e servem apenas como pretexto para a manutenção de práticas abusivas sem a devida punição por parte dos órgãos de controle e o organismo julgador.

A persistência dessas condutas, muitas vezes amparadas em interpretações equivocadas ou excessivamente restritivas do rol da ANS, configura, na verdade, uma atuação ilícita por parte das operadoras, violadora de princípios fundamentais como a dignidade da pessoa humana, a boa-fé contratual e o direito à saúde.

Decorrente de tal situação sociojurídica, evidenciou-se que a judicialização da saúde suplementar, como resultado do cenário reiterado, aumenta exponencialmente, de responsabilidade da omissão regulatória da ANS e da demora ou insuficiência do Poder Judiciário em oferecer respostas uniformes e eficazes.

Embora haja movimentos de contraponto na atualidade, as medidas têm se mostrado paliativas diante da magnitude do problema. Em vez de combater diretamente as causas da litigância, opta-se, muitas vezes, por tentar apenas mitigar seus efeitos, o que mostrou uma ausência de intenção resolutiva do problema.

Os dados estatísticos apresentados, somados à análise jurisprudencial, indicam que o Judiciário, embora frequentemente chamado a intervir, nem sempre atua com a devida celeridade ou sensibilidade frente à urgência dos casos que lhe são submetidos. A excessiva dependência do sistema judicial para garantir direitos contratualmente já previstos evidencia a falência de mecanismos extrajudiciais de regulação e controle.

Nesse contexto, conclui-se que a negativa de cobertura não pode ser encarada como mero desacordo contratual, mas como reflexo de um modelo que ainda privilegia o interesse econômico das operadoras em detrimento da saúde e da vida dos consumidores.

É mister, outrossim, que as agências reguladoras atuem de maneira mais firme e proativa, e que o Judiciário uniformize seus entendimentos com maior rigor e previsibilidade, culminando na responsabilização das seguradoras exemplarmente por práticas que coloquem em risco a integridade física e psíquica de seus usuários.

Somente a partir dessa mudança de postura institucional será possível reverter o quadro atual, assegurando-se, enfim, que o direito à saúde seja exercido em sua plenitude, especialmente na via suplementar, por ser alternativa complementar ao SUS, não podendo ser um agravante de um ambiente já marcado pela precariedade e negligência.

REFERÊNCIAS

ADAMY, Pedro. Vagueza normativa e transições políticas. In: *Revista anistia política e justiça de transição*, pp. 260 – 285, 2012. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/5a67928fdc2b4a9c1eb96ff4/t/5a6a033ae2c483fa20b3491c/1516897088318/Adamy_Vagueza+Normativa+e+Transic%CC%A7o%CC%83es+Poli%CC%81ticas.pdf>. Acesso em 22 jun. de 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS divulga dados de beneficiários em novembro de 2024. **Gov.br**. 03 jan. 2025. Disponível em: < <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-em-novembro-de-2024>>. Acesso em 7 mai. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados**. – 3. ed. revisada e ampliada – Rio de Janeiro: ANS, 2005

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa – RN Nº 465 de 24 de fevereiro de 2021. ANS. Disponível em: < <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDzMw==>>. Acesso em 20 mai. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 21 mai. 2025.

BRASIL. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Planalto. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 20 mai. 2025.

BRASIL. Lei Nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Planalto. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em 20 mai. 2025.

CARVALHO, Eurípedes Balsanufu. CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **SciELO**, 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/G639bDbmszZqRwYJqFh9ZRb/?lang=pt> >. Acesso em 29 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **CNJ e ANS assinam acordo para redução da judicialização da saúde suplementar**. Portal CNJ, 21 nov. 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-e-ans-assinam-acordo-para-reducao-da-judicializacao-da-saude-suplementar/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Justiça em números 2024**. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/02/justica-em-numeros-2024.pdf>>. Acesso em 21 jun. 2025.

CONSULTOR JURÍDICO. Número de ações contra planos de saúde dobra em três anos. **Conjur.com.br**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2025-fev-07/numero-de-acoes-contra-planos-de-saude-dobra-em-tres-anos/>>. Acesso em 12 mai. 2025

CRUZ, Joana Indjaian. DE LIMA, Leon Faria. Judicialização da assistência hospitalar negada por planos e seguros de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: **Repositório USP**, 25 ago. 2022. Disponível em: < <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/176983>>. Acesso em 18 jun. 2025.

DINO. *Planos negam cobertura e 300 mil pacientes buscam a Justiça*. Valor Econômico, 29 abr. 2025. Disponível em: <<https://valor.globo.com/patrocinado/dino/noticia/2025/04/29/planos-negam-cobertura-e-300-mil-pacientes-buscam-a-justica.ghtml>>. Acesso em: 29 jun. 2025

FETTBACK, Eneida Tavares de Lima. A Responsabilidade Civil dos Planos de Saúde. In: *Revista Jurídica Cesumar - Mestrado*, v. 8, n. 2. 291–322

GUSMÃO, Liziane Peter da Silva. Plano de saúde e relações de consumo. Fundação Universidade de Brasília – FUB. Brasília, 2019.

LARGURA, Maria Eduarda Tinelli. ROCHA, Jakeline Marins Silva. Uma Análise Acerca Da (Ir)Regularidade Das Coberturas Médicas Ante O Advento Da Lei 9.656/98. In: *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*. v. 4, n. 1. Unipacto. 30 abr. 2024. Disponível em: <

<https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/2274>>. Acesso em 15 jun. 2025.

MAGALHÃES, Kathyane Gonçalves. LUTZKY, Daniela Courtes. Judicialização da saúde privada: (im)possibilidade de negativa de cobertura das operadoras de planos individuais de saúde na hipótese de ausência de suporte no contrato. **Repositório PUC-RS**. Disponível em: <https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2019/09/kathyane_magalhaes.pdf>. Acesso em 22 jun. 2025.

MARCHI, Bianca. **Judicialização da Saúde Suplementar: impactos da discricionariedade judicial no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. Santo André, 2023. Disponível em: <<https://repositoriodigital.esags.edu.br/handle/123456789/295?show=full>>. Acesso em 19 jun. 2025.

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, Joaçaba, v. 16, n. 2, p. 533–554, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7277364>>. Acesso em: 19 jun. 2025.

MOREIRA, Marta Rodrigues Maffeis. O contrato de plano de saúde e sua função social. In: *Revista da Faculdade de Direito*, v.110. Disponível em: <<https://revistas.usp.br/rfdusp/article/view/115493>>. Acesso em 20 jun. 2025.

PEREIRA, Luiz Márcio Victor Alves. Saúde Suplementar e Direito do Consumidor. In: *SÉRIE APERFEIÇOAMENTO DE MAGISTRADOS 6. Judicialização da Saúde - Parte I*. [S. l.]: [s. n.], 2008. p. 261-271.

REBELLLO FILHO, Paulo Roberto Vanderlei. FARIAS, Rodrigo Nóbrega. A ANS e o papel da Saúde Suplementar na proteção ao direito fundamental à saúde. In: *Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua*. Londrina: Midiograf, 2020. pp. 35 a 48.

ROBBA, Rafael. Cobertura assistencial dos planos de saúde privados: regulamentação setorial, alterações legislativas e decisões do Poder Judiciário sobre o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Repositório USP, São Paulo: 2023. Disponível em: < <https://repositorio.usp.br/item/003200654> >. Acesso em 03 de mar. 2025.

ROTA JURÍDICA. Plano de saúde terá de disponibilizar tratamento a menor com autismo, mesmo em período de carência. **Rotajuridica.com.br.**, 6 mar. 2025. Disponível em: < <https://www.rotajuridica.com.br/plano-de-saude-tera-de-disponibilizar-tratamento-a-menor-com-autismo-mesmo-em-periodo-de-carencia/> >. Acesso em 22 jun. 2025.

SANTOS, Gilmara. Judicialização contra planos de saúde salta 50% em 3 anos; entenda o problema. **InfoMoney.** 15 jul. 2024. Disponível em: < <https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/judicializacao-contr-planos-de-saude-salta-50-em-3-anos-entenda-o-problema/> >. Acesso em 18 jun. 2025.

SCHMIDT, Ayeza. *O direito fundamental à saúde e o contrato de plano de saúde: a essencialidade do bem contratado*. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Mestrado em Direito, Faculdades Integradas do Brasil (UniBrasil), Curitiba, 2014. Disponível em https://www.unibrasil.com.br/wp-content/uploads/2018/03/mestrado_unibrasil_AYEZA-SCHIDT.pdf. Acesso em: 19 jun 2025.

SCHULZE, Clenio Jair. Judicialização da saúde e novas possibilidades jurídicas. In: *Revista de Direito da Saúde Comparado*. v. 1, n. 1, 2022. Disponível em: < <https://periodicos.unisa.br/index.php/direitosaude/article/view/397> >. Acesso em 14 mai. 2025

SILVA, Leny Pereira da. **Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível**. Brasília: Repositório Institucional do Instituto Brasiliense de Direito Público, 2008. Disponível em: < <https://repositorio.idp.edu.br/handle/123456789/4730> >. Acesso em: 26 mai 2025.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA Recurso Especial n.º 251.024-SP. Limitação Temporal de Internação. Relator: Ministro Salvo de Figueiredo Teixeira. Data de julgamento: 27 set. 2000. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.exe/IMG?seq=33094&tipo=0&nreg=200000238287&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20020204&formato=PDF&salvar=false>. Acesso em: 25 jun. 2025.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Cláusula que restrinja tratamentos médicos é abusiva, ainda que contrato seja anterior à Lei dos Planos de Saúde. 27 nov. 2018. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-11-27_09-22_Clausula-que-restrinja-tratamentos-medicos-e-abusiva-ainda-que-contrato-seja-anterior-a-Lei-dos-Planos-de-Saude.aspx#:~:text=Ele%20ainda%20destacou%20que%20o,m%C3%A9dico%20que%20assiste%20o%20paciente%E2%80%9D. Acesso em: 21 jun 2025.