

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE DIREITO

LÍDIA MARIA FIGUEREDO GONÇALVES

**O DIREITO À SAÚDE E A RELAÇÃO CONTRATUAL ENTRE AS OPERADORAS
DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEUS CONSUMIDORES**

São Luis
2016

LÍDIA MARIA FIGUEREDO GONÇALVES

**O DIREITO À SAÚDE E A RELAÇÃO CONTRATUAL ENTRE AS OPERADORAS
DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEUS CONSUMIDORES**

Monografia apresentada ao curso de Direito da
Universidade Federal do Maranhão, como requisito
para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Maria Tereza Cabral Costa
Oliveira.

São Luis
2016

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Gonçalves, Lídia Maria Figueredo.

O direito à saúde e a relação contratual entre as operadoras de plano de assistência à saúde e seus beneficiários / Lídia Maria Figueredo Gonçalves. - 2016.
92 f.

Orientador(a): Maria Tereza Cabral Costa Oliveira.
Monografia (Graduação) - Curso de Direito,
Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2016.

1. Contrato de plano de saúde. 2. Direito à saúde. 3. Saúde suplementar. I. Oliveira, Maria Tereza Cabral Costa. II. Título.

LÍDIA MARIA FIGUEREDO GONÇALVES

**O DIREITO À SAÚDE E A RELAÇÃO CONTRATUAL ENTRE AS OPERADORAS
DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SEUS CONSUMIDORES**

Monografia apresentada ao curso de Direito da
Universidade Federal do Maranhão, como requisito
para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Maria Tereza Cabral Costa Oliveira (Orientadora)

1º Examinador (a)

2º Examinador (a)

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão, em primeiro lugar, ao meu Deus, pela ajuda e conforto em todos os momentos, pois sei que sozinha eu nada conseguiria.

Aos meus pais, Valdenira Figueredo e José Reginaldo Gonçalves, por todo o esforço despendido ao longo dos anos para a minha formação, não só acadêmica, mas como ser humano. Minha mãe, meu exemplo de fé e que me ensinou que, em todos os momentos, mesmo nos mais difíceis, Deus está no controle de tudo. Meu pai, quem me ensinou que, com esforço, é possível transpor as barreiras da adversidade.

Agradeço aos meus irmãos Jesiel, Jessé e Francimar pelas incontáveis vezes que se dispuseram a me ajudar ao longo da minha graduação.

Aos meus amigos Lais Fernanda, Erisvaldo Araújo, Claudia Bastos, Ana Caroline Almeida e Ana Karla Almeida que, com incentivo e críticas, me impulsionaram para a conclusão deste trabalho.

A minha orientadora, professora Maria Tereza Cabral Costa Oliveira pelos ensinamentos ao longo do curso. Por ser um exemplo de dedicação, caridade e amor ao próximo.

Por fim, agradeço a todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão desta etapa em minha formação.

*Erga a voz em favor dos que não podem defender-se,
seja o defensor de todos os desamparados.*

Provérbios 31: 8

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 elevou o direito à saúde a um status de direito social fundamental. Tendo em vista sua estreita relação com o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à saúde mostra-se como um atributo indispensável para o desfrute pleno dos demais direitos consagrados em nosso Estado Democrático de Direito. O constituinte de 1988 atribuiu ao Estado o dever de prestar os serviços de saúde de forma universal e igualitária. Todavia, facultou à iniciativa privada a prestação de assistência à saúde de forma suplementar e submetida à regulamentação e fiscalização do Poder Público. Este trabalho apresenta, primeiramente, uma breve análise sobre a prestação pública do direito à saúde. Em seguida, faz uma abordagem sobre alguns aspectos do setor de saúde suplementar, disciplinado pela Lei nº 9.656/98 e, principalmente, no que se refere aos contratos entre as empresas operadoras de planos de saúde e seus usuários. Por fim, estuda a incidência das normas de proteção do CDC e normas do Código Civil sobre esses contratos.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Saúde Suplementar; Contrato de plano de saúde.

ABSTRACT

The 1988 Federal Constitution enhanced the right to health to a status of fundamental social right. In view of its close relationship with the right to life and the principle of the dignity of the human person, the right to health is shown as an essential characteristic for the full enjoyment of other rights enshrined in our democratic state. The 1988 constituent gave the State the duty to provide health services universally and equal. However provided the private initiative to provide assistance to the health of supplemental form and submitted to regulation and supervision of the Public Power. This paper presents, at first, a brief analysis on public provision of the right to health. Then make an approach about some aspects of the supplementary health sector disciplined by Law No. 9,656 / 98, and especially with regard to contracts between the company's health plan operators and their users. Studies the impact of the CDC protection standards and norms of the Civil Code on these contracts.

Keywords: Right to Health; Supplemental Health Care; Health Care Plan Contract.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAPs — Caixas de Aposentadoria e Pensão

CDC — Código de Defesa do Consumidor

Consu — Conselho de Saúde Suplementar

IAPs — Institutos de Aposentadorias e Pensões

OMS — Organização Mundial de Saúde

RN — Resolução Normativa

SUS — Sistema Único de Saúde

SUSEP — Superintendência de Seguros Privados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 O DIREITO À SAÚDE.....	12
2.1 O direito fundamental à saúde na Constituição de 1988.....	17
2.2 A prestação da saúde no setor público.....	19
2.2.1 O Sistema Único de Saúde — SUS.....	20
2.3 Saúde complementar e saúde suplementar.....	22
3 SAÚDE SUPLEMENTAR.....	24
3.1 Aspectos gerais sobre planos de assistência à saúde disciplinados pela Lei nº 9.656/98.....	27
3.1.1 Seguro-saúde e plano de saúde.....	28
3.1.2 Das operadoras de plano de assistência à saúde.....	31
3.1.3 Os planos de saúde quanto ao segmento de cobertura assistencial.....	34
3.1.4 Os planos de saúde quanto à modalidade de contratação.....	36
3.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS.....	37
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A DISCIPLINA CONTRATUAL NO CDC E NO CÓDIGO CIVIL DE 2002 E OS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE....	41
4.1 A relação entre plano de saúde e usuário como relação de consumo.....	41
4.2 A disciplina contratual no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil de 2002.....	43
4.2.1 A proteção contratual no Código de Defesa do Consumidor.....	46
4.2.2 O contrato no Código Civil de 2002.....	53
5 APONTAMENTOS SOBRE CONTROVÉRSIAS COMUNS ENTRE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE E SEUS CONSUMIDORES.....	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
ANEXOS.....	69

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde abriga, em nosso país, um status de direito fundamental. A importância da saúde é indiscutível para o gozo pleno de todos os direitos outorgados ao homem. É considerado assim, um dos bens mais importantes que o ser humano possa possuir.

É entre os direitos sociais estabelecidos em nossa Constituição de 1988 que é consagrado o direito à saúde. Apesar da grande importância inerente a esse direito, o mesmo só alcançou a relevante posição que ocupa hoje a partir de nossa atual Carta Magna.

Os próprios direitos sociais, em geral, passaram, e ainda passam, por grandes percalços e transformações nos textos constitucionais do mundo inteiro. São resultado de lutas e reivindicações históricas com a finalidade de se alcançar a valorização do homem por sua própria condição humana, ou seja, alcançar a concretização da dignidade da pessoa humana.

Nossa Constituição Federal de 1988 apresenta a saúde como um direito de todos e dever do Estado. É por isso que ela impõe ao Poder Público a obrigação de prestar as ações e serviços de saúde de forma universal e igualitária. No entanto, prevendo a incapacidade de ele, sozinho, conseguir atender a todos que desses serviços necessitarem, o constituinte facultou à iniciativa privada a prestação de assistência à saúde, seja de forma complementar ao setor público de saúde, seja de forma suplementar mediante a atividade independente de pessoas físicas e jurídicas, sujeitas à regulação e fiscalização estatal.

O setor de saúde suplementar, em que figuram os contratos de plano de saúde, objetos de nosso estudo, é regulado pela Lei nº 9.656 de 1998 que veio disciplinar as atividades cada vez mais frequentes do setor e que já demandavam, à época de sua criação, a atividade reguladora do Poder Público. A Lei nº 9.656/98 estabelece também a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pela regulação do setor.

O tema abordado neste trabalho ganha relevância na medida em que trata sobre um setor que ganha cada vez mais espaço na prestação de serviços de saúde no país. E somando-se a isto, também é crescente o número de demandas judiciais de usuários desses planos propostas em face das operadoras na tentativa de obter decisão que as obrigue a cumprir as obrigações entabuladas no contato firmado.

Os consumidores, em geral, são considerados vulneráveis pelo nosso ordenamento jurídico. Ganha especial dimensão a proteção do consumidor-paciente usuário do plano de saúde, pois não raras vezes ele reclama a proteção do CDC sobre o seu contrato quando se encontra em situação traumática e angustiante, o que agrava sua situação de vulnerabilidade.

O presente trabalho tem por objetivo analisar a relação contratual entre os usuários dos planos de saúde e as operadoras de plano de assistência à saúde, bem como analisar as normas referentes ao setor de saúde suplementar e as normas que serão aplicáveis na ocorrência dos não raros conflitos ocorridos entre os agentes dessa relação.

Inicialmente, é feita uma abordagem sobre o direito fundamental à saúde, apresentando o perfil que esse direito ganha na Constituição Federal, bem como os contornos da prestação pública das ações e serviços de assistência à saúde.

Em seguida, apresenta-se o formato do setor de saúde suplementar no Brasil, analisando os aspectos da lei que o disciplina. Posteriormente, analisa-se relação que se estabelece entre as operadoras e seus usuários, bem como a disciplina contratual nos regramentos das relações privadas.

Por último, cita-se alguns exemplos dos frequentes conflitos entre as operadoras de plano de assistência à saúde e seus usuários.

2 O DIREITO À SAÚDE

Conforme os preceitos inaugurados em nossa Carta Magna, ao Poder Público incumbe formular e implementar políticas sociais e econômicas com o fito de garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência médico hospitalar. A obrigação de prestar a todos os indivíduos o acesso aos serviços de saúde tem como destinatários todos os entes políticos que constituem a organização federativa do Estado Brasileiro. É um direito que não pode ser convertido numa promessa institucional, o que implicaria no descumprimento do preceito constitucional.

Nossa Constituição de 1988 elencou os direitos fundamentais em seu Título II, dividindo-os em: a) Direitos individuais e coletivos (art. 5º); b) Direitos sociais (arts. 6º a 11); c) Direitos à nacionalidade (arts. 12 e 13); e d) Direitos políticos e de participação na vida política do Estado (arts. 14 a 17).

O direito à saúde ocupa hoje importante espaço junto aos direitos fundamentais consagrados pela Constituição Federal de 1988. Está inserido entre os direitos sociais, e portanto, deve ser considerado uma prerrogativa jurídica indisponível. É um direito indispensável à garantia de uma existência digna.

Em seu artigo 6º, a nossa Constituição dispõe:

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].

Os direitos sociais ganharam espaço de forma gradual nos textos constitucionais do mundo. Foram historicamente conquistados, exigidos como intrínsecos a todos os homens, fruto de maturação da realidade dos povos.

“A ordem social adquiriu dimensão jurídica a partir do momento em que as constituições passaram a discipliná-la sistematicamente” (SILVA, 2005, p. 285). Segundo José Afonso da Silva, a primeira constituição a estabelecer essa sistematização foi a mexicana de 1917. No Brasil, a primeira a inscrever um título sobre a ordem econômica e social foi a de 1934, sob a influência da Constituição alemã de Weimar (2005, p. 285).

Em nosso país, a concepção universalista dos direitos sociais foi incorporada pela Constituição de 1988, que dedicou os artigos 6º ao 11 para a garantia desses direitos, os quais fizeram parte dos debates e embates que mobilizaram

homens e mulheres por parâmetros mais humanos, justos e igualitários no ordenamento do mundo (VITORINO, 2014, p. 54). Temos, em nossa Constituição, um capítulo específico estabelecendo os direitos sociais (Capítulo II do Título II) e, posteriormente, um título próprio para tratar da ordem social (Título VIII).

Segundo José Afonso da Silva (2005, p. 287), os direitos sociais, como uma dimensão dos direitos fundamentais do homem

[...] são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.

A doutrina apresenta-nos a classificação dos direitos fundamentais segundo o critério do período em que eles surgiram nos ordenamentos. Dividem-se, no mínimo, em primeira, segunda e terceira gerações. Ressalte-se que há divergências doutrinárias quanto ao uso do termo “geração”, preferindo alguns a expressão “dimensão”, pois o uso daquele termo poderia induzir apenas a uma sequência cronológica e suposta caducidade das gerações de direitos antecedentes.

Essas divisões dos direitos, são por muitas vezes relacionados ao ideário iluminista que permeou a Revolução Francesa centrado nos lemas: liberdade, igualdade e fraternidade.

Os direitos fundamentais de primeira geração consistem nos direitos e garantias individuais e políticos clássicos, destinados à proteção do indivíduo frente ao Estado. Os direitos fundamentais de segunda geração, por sua vez, são os direitos sociais, econômicos e culturais. Já os direitos de terceira geração são os chamados direitos de solidariedade ou fraternidade e são difusos e coletivos.

Já se introduz na doutrina jurídica os direitos de quarta e quinta gerações. Para Paulo Bonavides, os direitos de quarta geração “decorrem da globalização dos direitos fundamentais, o que significa universalizá-los no campo institucional”, enquanto a Paz corresponde a um direito de quinta geração, chegando a afirmar ser este direito “um axioma da democracia participativa, ou, ainda, supremo direito da humanidade” (LENZA, 2014, p. 1058).

É preciso perceber que

Essa distinção entre gerações dos direitos fundamentais é estabelecida apenas com o propósito de situar os diferentes momentos em que esses

diferentes direitos surgem como reivindicações acolhidas pela ordem jurídica. Deve-se ter presente, entretanto, que falar em sucessão de gerações não significa dizer que os direitos previstos num momento tenham sido suplantados por aqueles surgidos em instante seguinte. Os direitos de cada geração persistem válidos junto com os direitos de geração nova, ainda que o significado de cada um sofra o influxo das concepções jurídicas e sociais prevalentes nos novos momentos (MENDES; BRANCO, 2012, p. 156).

Os direitos fundamentais surgiram em períodos distintos, de forma progressiva nos textos constitucionais de cada época. Este fato deu origem à classificação desses direitos em diferentes gerações ou diferentes dimensões, pois os direitos que se consolidaram em momento posterior como fundamentais não excluem os direitos já existentes, mas todos coexistem nos ordenamentos jurídicos.

Surgidos em momento anterior às preocupações com os direitos sociais, os direitos de primeira geração são os direitos da liberdade, os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional. São direitos civis e políticos, que em grande parte correspondem à fase inaugural do constitucionalismo do Ocidente. São direitos da liberdade, cujo titular é o indivíduo, oponíveis ao Estado, traduzindo-se como faculdades ou atributos da pessoa. Consistem, enfim, em direitos de resistência e oposição frente ao Estado (BONAVIDES, 2004, p. 563).

A partir da ruptura revolucionária liberal, no plano da Ciência Econômica, surge o *laissez faire*, como aspecto econômico do liberalismo, pregando uma intervenção mínima do Estado na economia. A primeira dimensão dos direitos fundamentais é, pois, paralela à primeira concepção de Estado de Direito, o chamado Estado Liberal, cuja função primordial era propiciar segurança pública, deixando o comércio livre, para que suas “leis naturais”, especialmente a livre concorrência auto-regulamentem as relações existentes na sociedade de “livre-mercado”. Esta reação ao Estado Absolutista é o cerne do Liberalismo, cujo fastígio foi alcançado com a chamada Revolução Industrial (PORTO, 2006, p. 55).

Assim, os direitos fundamentais ditos de primeira geração ganham força com o Estado Liberal, em que são separados o Estado e a sociedade, sediando-se nesta o próprio reino do mercado, que deveria sofrer a mínima intervenção estatal, apenas o suficiente para assegurar seu mínimo funcionamento. “É um Estado de Direito, porquanto organizado e limitado constitucionalmente” (PORTO, 2006, p 55).

O paradigma do titular dos direitos de primeira geração é o homem individualmente considerado. “Referem-se a liberdades individuais, como a de consciência, de reunião e à inviolabilidade de domicílio. São direitos em que não desponta a preocupação com desigualdades sociais” (MENDES; BRANCO, 2012, p. 135).

As próprias aspirações liberais trouxeram as consequências que mudariam os paradigmas sobre a interferência estatal na sociedade. Os problemas advindos com a Revolução Industrial do século XIX, como a acumulação de capital, o desemprego crescente em razão do incremento industrial e da produção em série, e as péssimas condições de trabalho, contribuíram para o surgimento de uma nova tensão social, não mais entre burguesia e nobreza, mas entre a burguesia (que detinha os meios de produção) e aqueles detentores da força de trabalho, o proletariado (PORTO, 2006, p. 56).

É assim que as difíceis condições de trabalho e a inexistência de direitos trabalhistas nos ordenamentos positivos facilitam a organização das classes proletárias em sindicatos de trabalhadores. A isso soma-se a universalização do sufrágio que oportunizou às classes ignoradas a oportunidade de elegerem seus representantes, quebrando então a neutralidade do Estado hegemonicamente burguês, introduzindo no meio político a denominada questão social. Com esta ruptura, concebe-se o Estado de Bem-estar, também conhecido como Estado-Providência ou Welfare State, e que correspondem ao denominado Estado Social de Direito (PORTO, 2006, p. 56).

Dessa forma são consagrados os principais direitos econômicos, sociais e culturais, para garantir a dignidade da existência de cada um, ao passo que são relativizados os direitos de propriedade, bem como as liberdades de comércio e indústria.

Como já asseverou Paulo Bonavides (2004, p. 564), os direitos de segunda geração

[...] são os direitos sociais, culturais e econômicos, bem como os direitos coletivos e de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social, depois que germinaram por obra da ideologia e da reflexão antiliberal do século XX. Nasceram abraçados ao princípio da igualdade, do qual não se podem separar, pois fazê-lo equivaleria a desmembrá-los da razão de ser que os separa e estimula.

Esses direitos foram inicialmente objeto de uma formulação especulativa em esferas filosóficas e políticas de acentuado cunho ideológico; uma vez proclamados nas Declarações solenes das Constituições marxistas e também de maneira clássica no constitucionalismo da social-democracia (a de Weimar, sobretudo) dominaram por inteiro as Constituições do segundo pós-guerra.

Os direitos sociais são direitos “por meio dos quais se intenta estabelecer uma liberdade real e igual para todos, mediante a ação corretiva dos Poderes Públicos” (MENDES; BRANCO, 2012, p. 136). Não correspondem, portanto, a uma

pretensão de abstenção do Estado, mas o obrigam a prestações positivas. São chamados de direitos sociais, não porque sejam direitos de coletividades, mas por se ligarem a reivindicações de justiça social, uma vez que esses direitos têm por titulares, na maior parte dos casos, indivíduos singularizados.

Paulo Bonavides assevera que esses direitos passaram inicialmente por um ciclo de baixa normatividade ou tiveram eficácia duvidosa, uma vez que exigem do Estado prestações materiais nem sempre resgatáveis por exiguidade, carência ou limitação essencial de meios e recursos. Estavam relegados a uma esfera programática, pois não continham as mesmas garantias ministradas pelos instrumentos processuais de proteção ao direito de liberdade para sua tutela jurisdicional (2004, p. 564).

No Brasil, em face da Constituição de 1988, a programaticidade dos direitos de segunda geração não pode mais ser sustentada, uma vez que a Carta Magna formula preceito de aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais no artigo 5º, § 1º (BONAVIDES, 2004, p. 564).

Atualmente, a Constituição brasileira não apenas prevê expressamente a existência de direitos fundamentais sociais (art. 6º), especificando seu conteúdo e forma de prestação (arts. 196, 201, 203, 205, 215, 217, entre outros), como também não faz distinção entre os direitos previstos no Capítulo I do Título II e os direitos sociais (Capítulo II do Título II), ao estabelecer que os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (art. 5º, § 1º, da CF/88) (MENDES; BRANCO, 2012, p. 693).

Os direitos sociais tiveram seu reconhecimento em muito graças aos movimentos organizados pelos trabalhadores e é devido a esse fato que, inicialmente, as prestações relacionadas a esse direito eram destinadas às classes trabalhadoras. Com o advento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, o direito à saúde foi reconhecido internacionalmente como um direito inerente à natureza humana.

A positivação dos direitos sociais na Constituição Federal de 1988 foi uma conquista e um dos principais avanços que podem ser apontados em nossa Carta Magna, e explicita a posição de cunho democrático-social adotada por nosso Estado.

Ao atribuir o status de direito fundamental ao direito à saúde, bem como aos demais direitos sociais, o constituinte torna claro o posicionamento da nossa nova ordem jurídica: a de garantidora de direitos que possibilitem ao cidadão uma existência com dignidade. Não se reconhece somente os direitos ditos de primeira geração,

aqueles destinados à proteção das pessoas frente ao próprio Estado, mas também, direitos do indivíduo em sua própria condição de ser humano.

2.1 O direito fundamental à saúde na Constituição Federal de 1988

É entre os direitos constitucionais sociais que se encontra o direito à saúde. A Constituição de 1988 é o primeiro texto brasileiro a consagrar este direito fundamental. Os nossos textos constitucionais anteriores continham apenas disposições esparsas sobre a questão, como é o caso da Constituição de 1824, que fazia referência à garantia de “socorros públicos” em seu artigo 179, inciso XXXI (MENDES; BRANCO, 2012, p. 558).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

O artigo 196 de nossa Constituição Federal assim aduz:

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.

A concepção de saúde adotada por nossa Magna Carta se afina com o conceito abrangente propugnado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que ademais de uma noção eminentemente curativa, compreende as dimensões preventiva e promocional, que, no seu conjunto, formam o objeto e a baliza na tutela jusfundamental (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, 3197).

Sobre os elementos constantes no artigo 196, Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo (2013, p. 3198) escrevem:

Seguindo as diretrizes do texto do artigo 196 da CF, tem-se a “recuperação” como referência à concepção de “saúde curativa”, ou seja, à garantia de acesso, pelos indivíduos, aos meios que lhes possam trazer a cura da doença, ou pelo menos uma sensível melhora na qualidade de vida (o que, de modo geral, ocorre nas hipóteses de tratamentos contínuos). Já as expressões “redução do risco de doença” e “proteção” reportam-se à noção de “saúde preventiva”, pela realização das ações e políticas de saúde que tenham por escopo evitar o surgimento da doença ou do dano à saúde (individual ou pública), ensejando a imposição de deveres específicos de proteção, decorrentes, entre outros, da vigência dos princípios da precaução e prevenção. O termo “promoção”, enfim, atrela-se à busca da qualidade de vida, por meio de ações que objetivem melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas.

A Constituição Federal consagra expressamente em seu art. 196 a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, tendo garantido também o acesso universal e igualitário aos serviços necessários à preservação desse direito. Ao tratar de acesso universal e igualitário o constituinte buscou uma forma de assegurar a todos os indivíduos o tratamento preventivo e a assistência curativa das enfermidades.

O artigo 196 da Constituição

[...] traz, além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 2).

Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo (2013, p. 3185) assinalam que

A atribuição de contornos próprios ao direito fundamental à saúde, correlacionado, mas não propriamente integrado nem subsumido à garantia de assistência social, foi exatamente um dos marcos da Constituição Federal de 1988, rompendo com a tradição anterior, legislativa e constitucional, e atendendo, de outra parte, às reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária, consolidadas, especialmente, nas conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A dignidade da pessoa humana torna-se um princípio fundamental do Estado, e o conceito de saúde se relaciona com um completo estado de bem-estar físico, mental e social do homem, sem o qual não se pode conceber uma existência digna.

A ordem social é disciplinada no Título VIII da Constituição de 1988, disposta nos artigos 193 a 232. A base da ordem social é o primado do trabalho, e seu objetivo o bem estar e a justiça sociais (art. 193).

Nos artigos 194 a 204 do mesmo título, a Constituição Federal trata sobre a Seguridade Social, que “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 Seguridade Social foi, portanto, inserida na ordem social, sendo caracterizada por um conjunto de ações de iniciativa pública e privada que visam assegurar direitos em três pilares básicos: Saúde, Previdência e Assistência Social.

Intrinsecamente relacionada ao direito à vida, a preservação do direito à saúde torna-se quase que obrigatória para a concretização daquele direito, uma vez

que se não se assegura a saúde, arrisca-se a comprometer o próprio conteúdo material do direito à vida.

Ao efetuar a consagração constitucional do direito fundamental à saúde bem como a previsão de políticas para a concretização desse direito, procurou-se, com tais medidas, garantir a proteção de um bem essencial para o gozo de uma vida digna, e portanto, uma exigência para a satisfação do princípio da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos de nossa República.

Assim, a Constituição dá especial atenção em delinear a atuação do Poder Público na prestação da saúde, como veremos neste trabalho.

2.2 A prestação da saúde no setor público

Ao tratar da ordem social, a Constituição Federal nos apresenta a saúde como um dos três eixos da Seguridade Social, junto com a previdência e a assistência social, e sua prestação é disciplinada nos artigos 196 a 200 de nossa Carta Magna.

“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” (CF/88, art. 194).

É portanto, uma rede protetiva formada pelo Estado e por particulares, com contribuições de todos, incluindo parte dos beneficiários dos direitos, no sentido de estabelecer ações para o sustento de pessoas carentes, trabalhadores em geral e seus dependentes, providenciando um padrão mínimo de vida digna.

Segundo Fábio Zambitte Ibrahim (2010, p. 9)

A saúde é garantida mediante políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doença e de outros agravos, com o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços necessários para sua promoção, proteção e recuperação. As condições para implantação de tais ações da saúde, além de sua organização e seu funcionamento, são objeto de regulamentação pela Lei nº 8.080/90.

Antes da Constituição de 1988, os serviços de saúde estavam ligados aos serviços da Previdência. A proteção à saúde não configurava um direito universal. Deveria o trabalhador contribuir para a manutenção do regime, e assim fazia em conjunto com a previdência social. Os excluídos do sistema somente poderiam contar com o atendimento médico das Santas Casas de Misericórdia (IBRAHIM, 2010, p. 9).

Paulo Ferreira Vilarinho (apud RIBAS, 2009, p. 18) afirma que

A preocupação com o modelo de prestação de serviços médico-hospitalares remonta, no Brasil, ao século XVIII, com a fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições vinculadas à Igreja Católica com forte apelo às funções caritativas e filantrópicas, que diligenciaram a internação de pacientes alienados mentais, miseráveis sem habitação e doentes terminais por inúmeras causas, excetuando-se os do tipo infecto-contagioso que eram sumariamente excluídos do convívio social.

Em 1923, o advento do Decreto Legislativo nº 4.682, que ficou conhecido como Lei Elói Chaves, marca a origem do sistema previdenciário e de assistência médica no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) dos trabalhadores do setor ferroviário nacional (RIBAS, 2009, p. 20).

A prestação dos serviços públicos de saúde permaneceram, ao longo do século XX, estreitamente ligados a instituições da previdência social, permanecendo quase que restrito aos que com ela tivessem vínculo bem como aos indivíduos que tivessem vínculo formal de trabalho (carteira assinada). Somente a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde é considerada direito de todos e sua prestação passa a ser dever do Estado.

Fábio Zambitte Ibrahim (2010, p. 8) anota que

Atualmente, a saúde tem organização totalmente distinta da previdência social. Após a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), as ações nesta área são agora de responsabilidade direta do Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde — SUS.

Acrescenta o autor que

A saúde é segmento autônomo da seguridade social, com organização distinta. Tem o escopo mais amplo de todos os ramos protetivos, já que não possui restrição à sua clientela protegida — qualquer pessoa tem direito ao atendimento providenciado pelo Estado — e, ainda, não necessita de comprovação de contribuição do beneficiário direto (IBRAHIM, 2010, p. 9).

A prestação pública dos serviços de saúde é realizada através do Sistema Único de Saúde, previsto no artigo 198 da Constituição Federal e regulado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

2.2.1 O Sistema Único de Saúde — SUS

A efetivação do direito à saúde deve conformar-se aos princípios e diretrizes estabelecidos pelos artigos 198 a 200, dos quais se destacam a unidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização, a integralidade e a participação

da comunidade, presente sempre a relevância pública que caracteriza as ações e os serviços de saúde (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3209).

Conforme prevê o artigo 198 da Constituição Federal:

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:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

A Lei nº 8.080/90 em seu artigo 4º afirma que constitui o Sistema Único de Saúde 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”.

O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social (estabelecido no artigo 195 da Constituição Federal), da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (elencadas no artigo 32 da Lei nº 8.080/90). O orçamento da seguridade social destina ao SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 31 da Lei nº 8.080/90).

Adota-se no Sistema Único de Saúde, por determinação constitucional, uma política de proteção universal, independente de contribuição do usuário para a utilização dos serviços.

O princípio da universalidade nas políticas públicas de saúde requer que a prestação de serviço público de saúde alcance a todos os brasileiros sem qualquer tipo de discriminação, e inclusive estrangeiros, titulares de direitos fundamentais sociais, dentre os quais se insere o direito à saúde previsto no artigo 6º.

[...] para a população brasileira as consolidações de um valor de uso e a legitimação social do SUS ainda estão longe de acontecer. Então, o acesso aos serviços de saúde públicos está aberto a todos os brasileiros, não mais importando sua situação empregatícia ou legal, mas ainda existe uma longa caminhada para que toda a população realmente usufrua dos serviços de saúde de maneira completa e integral. [...] embora haja uma gratuidade direta quando do acesso e utilização dos serviços ofertados pelo SUS, o desembolso é feito de forma indireta, através do pagamento dos impostos (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 768).

O constituinte definiu, de forma ampla, as atribuições do Sistema Único de Saúde. Ao SUS compete, além de outras atribuições, segundo o artigo 200 da Constituição Federal:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

2.3 Os setores de saúde complementar e suplementar

O texto constitucional expressamente previu a atuação do setor privado na execução de ações e serviços de saúde, quando prevê o art e dessa forma suplementado as ações e serviços públicos de saúde, como previsto no artigo 197, caput; ou atuando de forma complementar ao Estado, por meio de convênios e contratos administrativos nos termos do artigo 199, § 1º.

Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo (2013, p. 3216) assim escrevem:

Há basicamente duas formas de prestação privada dos serviços e ações de saúde: a participação complementar, mediante convênio ou contrato de direito público firmado com o SUS, sendo privilegiadas as entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos; e a assim designada “saúde suplementar”, em que a assistência é prestada diretamente pelas operadoras de planos de saúde, a partir da contratação pelo interessado na obtenção dos serviços, regulada pela Lei nº 9.656/98 e em conformidade às diretrizes e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Claro está que o Estado não conseguiria suprir sozinho a demanda por serviços de saúde de maneira satisfatória. Daí a opção do constituinte por facultar a assistência à saúde a entes privados. A estratégia adotada pelo Estado brasileiro é admitir a coexistência da prestação privada, de adesão facultativa para os usuários, com a prestação de natureza pública, dever do Poder Público.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde prevê em seu artigo 4º, § 2º que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”. Dispõe também:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

As entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos terão preferência na prestação complementar de serviços do Sistema Único de Saúde, conforme prevê o artigo 25 da mesma lei.

A saúde Suplementar, por seu turno, é caracterizada pela atuação da iniciativa privada na assistência à saúde, estruturada pela oferta de planos de saúde privados, individuais ou coletivos, pelas pessoas jurídicas denominadas operadoras de plano de assistência à saúde. O atendimento ao usuário se dá por meio de prestadores privados. Este setor é disciplinado pela Lei nº 9.656/98 e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No capítulo seguinte, este setor será estudado com mais detalhes.

3 SAÚDE SUPLEMENTAR

Com o reconhecimento da relevância pública das ações de saúde, como também dos serviços necessários para a concretização desse direito, o constituinte de 1988, além de prever o dever do Estado de executar a prestação de ações e serviços de saúde para prevenção e cura de seus cidadãos, autorizou aos particulares a realização de tal prestação. Assim expressa o artigo 197 da Constituição Federal:

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

É o Estado que precipuamente deve desenvolver as ações e os serviços de saúde. Porém, conforme o dispositivo supracitado, é possível a execução dessas atividades por terceiros em nome do Estado, bem como por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

No mesmo sentido, o artigo 199, caput, prevê que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, dando assim, respaldo à atividade desenvolvida no setor de saúde suplementar.

Cabe ao setor público, através do Sistema Único de Saúde, exercer fundamentalmente a atenção à saúde no Brasil, no sentido de garantir a saúde nos termos de equidade, universalidade e igualdade. Porém, “o setor público vem continuamente expondo suas iniquidades, que, submetidas a constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviram como grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem sua atuação no mercado” (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 769).

Como preceitua o artigo 197, além do dever de prestação da saúde, cabe ao Poder Público, nos termos da lei, dispor sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle.

A atuação do particular na prestação de serviços de saúde merece especial atenção. Embora sua atividade tenha o objetivo de auferir lucro, ele não pode se escusar à observância dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição. A ambição não pode se sobrepor ao ser humano, titular de direitos, e é dever do Estado barrar eventuais abusos por parte dos particulares.

A Lei nº 9.656/98 trouxe importantes modificações ao sistema legal, normativo e fiscalizador da assistência privada à saúde. Em primeiro lugar, deu-lhe organicidade, definindo a natureza das operadoras e as modalidades de sua atuação. Em segundo lugar, reconheceu a especificidade do setor, criando órgãos de controle (PASQUALOTTO, 1999, p. 40, apud SCAFF, 2010, p. 37).

A assistência à saúde abrange “todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde” (Lei nº 9.656/98, art. 35-F).

A prestação de assistência à saúde envolve profissionais das áreas médica, paramédica e afins e respectivos quadros profissionais de apoio, instalações, clínicas ambulatoriais e hospitalares, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, instrumentos e equipamentos específicos, insumos e medicamentos, além de serviços de hotelaria nos casos de internações hospitalares (ESMERALDI; LOPES, 2015, p. 19).

No Brasil, o setor de planos de saúde é definido como suplementar em razão da “opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público” (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 769).

A estruturação da saúde suplementar no Brasil teve início após a Revolução industrial, que, em nosso país, se desenvolveu de forma significativa no final do século XIX e começo do século XX. Prevalcia aqui o modelo do seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Consistia, inicialmente, em uma espécie de saúde previdenciária, com a atuação de representantes de diversas categorias de trabalhadores urbanos. Esses institutos compravam a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares (CONASS, 2013, p. 14).

Paralelamente, nos anos 40, apareceram também as Caixas de Assistência, a exemplo da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi). Eram instituições que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à previdência social (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 770).

Na década seguinte, as empresas estatais e multinacionais passam a fornecer sistemas assistenciais próprios de forma direta. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) surge em 1966 com a unificação dos IAPs.

Essa unificação forçou a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e multinacionais de medicamentos. Portanto, a década de 60 foi um marco na história da saúde suplementar, pelo fato de boa parte dos trabalhadores já possuir planos de saúde e, ainda, por serem observadas diversas possibilidades de assistência médica: a rede INPS, com unidades próprias e credenciadas; serviços credenciados para atendimento a trabalhadores rurais; serviços credenciados das empresas médicas; e autogestões de empresas com planos próprios. Todas essas possibilidades ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados independentemente do nível hierárquico na empresa (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 770)

É nos anos 60 que a Previdência passa, mediante convênio, a transferir às empresas a responsabilidade pela assistência à saúde de seus empregados. As empresas médicas especializadas na venda de serviços assistenciais nascem, assim, da chamada “medicina de fábrica” ou “medicina na empresa”. Inicialmente compostas por redes próprias e, depois, por serviço de credenciamento de serviço médico-hospitalar.

Na década de 70 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), da qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que privilegia ainda mais a compra de serviços do setor privado, provocando uma capitalização crescente deste setor.

Na década de 1980, em meio a crises políticas, sociais e econômicas, aumentam as exigências de vários setores da sociedade objetivando a concretização de políticas voltadas ao atendimento da demanda por serviços de saúde. Destaca-se nesse momento o movimento sanitário brasileiro que promoveu variadas discussões sobre aspectos sanitários e o papel que o Estado deveria obrigatoriamente desempenhar como garantidor do bem-estar do cidadão, bem como sobre a positivação desse dever na Constituição, em formação naquele momento. São fatores que contribuem para a criação do SUS e, por outro lado, culminam também na manutenção do setor suplementar, uma vez que a regulamentação do mesmo também ganha previsão constitucional.

A Constituição, ao prever a atuação do setor privado na assistência à saúde, definiu que a mesma estaria submetida à atividade reguladora do Estado. No entanto, o debate da regulamentação do setor privado e a definição de seus marcos legais avançaram lentamente. Enquanto o SUS tem seus fundamentos legais consolidados na Lei nº 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde, o mesmo não ocorreu com o setor privado. A Lei nº 9.656, considerada marco regulatório, foi aprovada em junho de 1998 e entrou em vigor efetivamente a partir de janeiro de 1999, e durante esse

intervalo de vacância, foram editadas, pelo CONSU, várias resoluções, necessárias para viabilizar as exigências da legislação.

A regulação do setor de saúde suplementar surgiu após mais de 30 anos de atividade sem o controle por parte do governo. Nos anos anteriores à edição da Lei nº 9.656/98, a entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor, de 1990, trouxe mais estrutura jurídica na proteção dos usuários dos planos de saúde, somando-se também a atuação dos Procons estaduais e municipais. A Lei nº 9.656/98 se mostrou necessária em virtude da insuficiência daqueles organismos estatais na regulação das relações entre consumidores e operadoras (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 771).

Com a promulgação da Lei nº 9.656/98, iniciam-se as ações de regulamentação do setor de saúde suplementar, regulamentação que foi ampliada com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9.961/2000.

3.1 Aspectos gerais sobre planos de assistência à saúde disciplinados pela Lei nº 9.656/98

A Lei nº 9.656, promulgada em 1998, passou a regulamentar a atividade das operadoras de planos e de seguros de saúde (texto da Lei 9.656/98 no Anexo deste trabalho).

Segundo Arnaldo Rizzardo (1998 apud COGO JR., 2010, p. 34),

[...] referida lei representa o reconhecimento da incapacidade dos cofres públicos em suportar as despesas exigidas para um eficiente serviço. Para tanto, era necessário reformular a legislação revigorante, de forma a oferecer à população instrumentos eficientes e idôneos, criando credibilidade e seriedade num setor que sofria sérias precariedades.

Dessa forma, a Lei 9.656/98 estabelece inúmeras regras que deverão constar, necessariamente, dos contratos celebrados. Ela manifesta preocupação em regular, inclusive, situações específicas em contratos celebrados antes de sua vigência, como está expresso em seu art. 35-F.

Antes de sua edição, os usuários dos serviços de plano de saúde contaram durante certo tempo com a disciplina de proteção do Código de Defesa do Consumidor, de 1990, que ainda hoje, atua como uma poderosa arma contra abusos praticados pelas empresas de planos de saúde. A própria Lei nº 9.656/98 afirma, em

seu artigo 35-G que as disposições do Código de Defesa do Consumidor seriam aplicadas subsidiariamente aos contratos firmados entre os usuários e as operadoras.

No artigo 1º, a Lei nº 9.656/98 estabelece o objeto e os agentes que estão submetidos à sua disciplina:

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

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

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

Mostra-se importante para este estudo conhecer esses elementos disciplinados pela referida lei.

3.1.1 Seguro-saúde e plano de saúde

O artigo 1º, inciso I da Lei nº 9.656/98 traz a definição do que é o plano privado de assistência à saúde. O dispositivo, contudo, apresenta elementos generalizantes e de sua redação é possível extrair duas espécies que serão objeto do contrato entre as operadoras de planos de saúde e os usuários: o seguro saúde e o plano de saúde.

É necessário ressaltar que essas duas figuras estão inseridas no conceito dado pela Lei nº 9.656/98 e ambos estão sob sua disciplina. Pode-se dizer que o plano privado de assistência à saúde é gênero do qual o seguro saúde e o plano de saúde são espécies. Convém abordar, brevemente, a distinção entre essas duas figuras.

O seguro saúde é típico contrato de seguro cuja finalidade é a “cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, sendo a garantia o pagamento em dinheiro, efetuado pela sociedade seguradora, a pessoa física ou jurídica prestadora

de assistência médico-hospitalar ao segurado” (SCAFF, 2010, p. 36). Não há participação da seguradora na prestação do serviço, mas sua ação se limita a reembolsar ou pagar as despesas do tratamento.

A Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, editada com a finalidade de disciplinar a especialização das sociedades seguradoras em operadoras de planos de assistência à saúde, dispõe em seu artigo 2º que “para efeito da Lei nº 9.656, de 1998, e da Lei nº 9.961, de 2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde”. Assim, com o advento da referida lei, as seguradoras de saúde passaram ao campo de incidência da Lei de Planos de Saúde e, conseqüentemente, ao controle de ANS.

Fernando Campos Scaff (2010, p. 40), ensina que no seguro saúde

[...] as *partes* envolvidas na contratação são o *segurador*, que se compromete, mediante o pagamento do *prêmio*, a assumir os ônus decorrentes da concretização do *risco*, então chamado *sinistro* -; o *segurado*, que é a pessoa que tem determinadas contingências e riscos garantidos por outrem, justamente a empresa seguradora; e o *beneficiário*, que pode ser o próprio *segurado* ou uma terceira pessoa por ele nomeada, que terá direito ao recebimento do ressarcimento previsto, decorrente da condicional realização do *sinistro* (grifo do autor).

Neste tipo de contratação temos a figura do reembolso, que nos contratos de seguro é a regra. Assim, há a livre escolha do prestador de serviços pelo segurado, com opção para atendimento pela rede credenciada. Quando exerce a opção de livre escolha, o segurado recebe reembolso das despesas até o limite previsto no contrato. Quando o atendimento é realizado em rede credenciada, o segurado não paga ao prestador do serviço.

O seguro-saúde corresponde ao serviço prestado por uma empresa seguradora, organizada sob a forma de sociedade anônima, no qual é assegurado o reembolso de despesas médicas e hospitalares ao segurado, até o limite previsto no contrato, mediante livre escolha deste, do médico e o do serviço hospitalar. Esta espécie de contrato de assistência à saúde é um típico contrato de seguro, de fácil visualização dos elementos constitutivos deste, quais sejam: segurador (operador de plano de assistência à saúde), segurado (contratante/consumidor), prêmio (mensalidade), indenização securitária (reembolso das despesas com assistência médico-hospitalares) e os riscos futuros cobertos (lesão ou enfermidade que acomete o segurado).

O seguro-saúde não tem como objetivo específico garantir a saúde do segurado, mas garantir o risco das despesas com a sua saúde, com sua assistência médica até os limites estipulados na apólice, por escolha do próprio segurado, e observadas as inclusões e exclusões nela previstas (SCAFF, 2010, p. 44).

Sobre contrato de seguro, Maria Helena Diniz assevera que

é aquele pelo qual uma das partes (segurador) se obriga para com outra (segurado), mediante o pagamento de um prêmio, a garantir-lhe interesse legítimo relativo a pessoa ou a coisa e a indenizá-la de prejuízo decorrente de riscos futuros, previsto no contrato (CC, art. 757) (2012, p. 545).

“A noção de seguro supõe a de risco, isto é, o fato de estar o sujeito exposto à eventualidade de um dano à sua pessoa, ou ao seu patrimônio, motivado pelo acaso”. Somente com a verificação do evento a que está condicionada a execução do dever do segurador é que este pagará a indenização, ou seja, se o dano previsto atingir a pessoa ou os bens do segurado (DINIZ, 2012, p. 547).

O contrato de seguro saúde dá direito à prestação da cobertura dentro do prazo estipulado na apólice e cuja extinção se dá com o decurso do tempo.

É um contrato bilateral, uma vez que gera obrigações para ambas as partes, o segurado que deve realizar o pagamento, e a seguradora que deverá reembolsar em caso de ocorrência do prejuízo previsto no contrato.

É também um contrato oneroso, uma vez que o segurado paga à empresa seguradora o valor convencionado na apólice, enquanto a seguradora se obriga ao pagamento das despesas realizadas pelo segurado para manutenção ou restabelecimento de sua saúde, pagamento que pode ocorrer através do reembolso ou, em alguns casos, diretamente ao prestador de serviços.

Outra característica deste contrato é a aleatoriedade, pois o segurado não pode antever, de imediato, o que receberá em troca de sua prestação, pois o ressarcimento de seu dano está condicionado à ocorrência do sinistro, que pode verificar-se ou não.

Já os planos de saúde consistem em uma modalidade de contratação em que o consumidor, mediante o pagamento antecipado e periódico de um determinado preço, obtém de uma empresa a contraprestação consistente na realização de determinados tratamentos e atendimentos médicos, hospitalares e laboratoriais, a serem realizados diretamente por seus prepostos (SCAFF, 2010, p. 54).

O que se constata, portanto, é que a diferença mais marcante entre a modalidade de plano de saúde e a de seguro de saúde é que, em vez do reembolso de serviços a ser prestado por terceiros como ocorre neste, no plano de saúde a própria operadora assumirá, por meio dos profissionais e dos recursos hospitalares e laboratoriais por ela credenciados e que com ela mantêm vínculos duradouros e

efetivos, a obrigação de prestar os serviços necessários e pretendidos pelo consumidor (SCAFF, 2010, p. 51).

Fernando Campos Scaff (2010, p. 51) assevera que, embora estas duas modalidades contratuais sejam, por definição, distintas quanto ao modo de prestação dos serviços, na prática há uma enorme aproximação entre tais modalidades. É usual que as empresas de seguro-saúde indiquem, normalmente, uma lista de médicos, hospitais e laboratórios que a ela estão vinculados de modo permanente, e com os quais consegue estabelecer custos e remunerações previamente, e os quais remunera diretamente pelos serviços prestados diretamente, sem que ocorra o reembolso dos segurados por pagamentos inicialmente feitos aos prestadores de serviços, agindo dessa forma, de forma semelhante às empresas que operam planos de saúde.

Também as empresas de planos de saúde, comumente, admitem a utilização de recursos que tenham sido por elas credenciados e outros não previamente indicados, de modo que realizam, total ou parcialmente, o mero reembolso aos contratantes pelas despesas realizadas por estes com o atendimento prestado. Agem, assim, de forma análoga às seguradoras.

3.1.2 Das operadoras de plano de assistência à saúde

A Lei 9.656/98 define a operadora de plano de assistência à saúde como a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde.

É expressamente vedada pela Lei nº 9656/98 a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde por pessoas físicas (art. 1º, § 5º). É permitido a estas, assim como para pessoas jurídicas estrangeiras, a participação, constituição ou aumento de capital de pessoas jurídicas de direito privado eu operem no Brasil (art. 1º, § 3º).

Para obter autorização de funcionamento, as operadoras devem satisfazer os requisitos estabelecidos no artigo 8º da Lei nº 9.656/98, além de outros requisitos que possam ser determinados pela ANS. Em caso de encerramento de atividades, a

lei também estabelece requisitos no artigo 8º, § 3º, independentemente de outros regulamentares determinados pela ANS.

O registro na ANS é condição obrigatória para o funcionamento lícito das operadoras de planos de saúde (Lei nº 9.656/98, arts. 8º e 9º). Sem registro, o exercício da atividade configura clandestinidade e está sujeito a sanções.

As operadoras são, portanto, regularmente constituídas em conformidade com a lei, sendo caracterizadas como

[...] todas as pessoas jurídicas de direito privado que (i) prestem de forma continuada serviços ou cobertura de custos assistenciais — a preço pré ou pós estabelecido, (ii) por prazo indeterminado, (iii) com finalidade de garantir sem limite financeiro a assistência à saúde através do acesso a profissionais ou serviços de saúde — livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, (iv) visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica, (v) a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (RIBAS, 2009, p. 73).

Todas as operadoras, bem como as atividades de assistência que cabem a elas prestar, estão submetidas à regulação, controle e fiscalização da ANS (Lei nº 9.656/98, art. 1º, § 1º).

Pela Lei nº 9.656/98 são identificadas, pelo menos, três diferentes classes ou tipos de operadoras. Um desses tipos se refere às operadoras que atuam em regime de prestação de serviços; outro diz respeito às operadoras que atuam mediante garantia de pagamento ou de reembolso de despesas e, por último, o outro tipo refere-se à operadora de autogestão.

Operadoras em regime de prestação de serviços são aquelas que celebram contratos de assistência à saúde nos quais assumem, por fundamento contratual, obrigação de prestação dos serviços assistenciais que se fizerem necessários diretamente ou por meio de prestadores de serviços seus contratados, quer a prestação desses serviços decorra de contrato em regime de pré-pagamento, quer resulte de contrato em regime de custo operacional ou por serviços efetivamente prestados (ESMERALDI; LOPES, 2015, p. 43).

Por sua vez, as operadoras em regime de garantia de pagamento e de reembolso são aquelas

especificamente constituídas para operar no sistema suplementar de saúde (Lei nº 10.185/2001), e que têm como objeto principal de seus contratos de assistência à saúde a garantia financeira de suportar pagamento das despesas de cobertura e atendimento que venha a ser necessário, ou de reembolsá-lo nos termos que contratar, não lhe cabendo prestar diretamente serviços, mas, tão só, garantir que o atendimento que venha a ser necessário seja por ela diretamente pago ou, então, pago em sistema de reembolso (ESMERALDI; LOPES, 2015, p. 43).

As operadoras em regime de autogestão são entidades destinadas a assegurar assistência à saúde a um grupo previamente delimitado, comumente em razão de vínculo empregatício. São pioneiras na organização para assistência à saúde, sem finalidade lucrativa e sem comercialização aberta ao mercado, atuando em prol de um grupo de beneficiários restrito, com vínculo originário em relação trabalhista, associativa ou sindical. São, portanto,

aquelas que têm como objeto principal de seus contratos administrar e gerenciar, diretamente ou por meio de específicos prestadores de serviços, a cobertura de atendimento que for necessária para um universo delimitado de beneficiários a elas vinculado e que deva ser prestado por empresas especializadas de serviços de assistência à saúde abrangido pela Lei nº 9.656/98. As operadoras no regime de autogestão, inclusive, também podem terceirizar a própria administração e gerenciamento de seus contratos (ESMERALDI; LOPES, 2015, p. 43).

A ANS, por meio da edição da Resolução de Diretoria Colegiada n.º 39, de outubro de 2000, classificou as operadoras em sete modalidades: Administradora, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Autogestão, Filantropia, Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo.

Com a edição da Lei nº 10.185/2001, as seguradoras que comercializavam seguro saúde foram compelidas a se transformarem em seguradoras especializadas, subordinando-se a regulamentação e fiscalização da ANS.

Assim, as operadoras são classificadas nas modalidades:

- Seguradoras especializadas em saúde - são aquelas autorizadas a operar – exclusivamente – seguro saúde. No seu estatuto deve constar a proibição de atuarem em quaisquer outros ramos de seguro.
- Cooperativas médicas: são sociedades sem fins lucrativos, constituídas de acordo com a Lei nº 5.764/ 71 (Lei das Cooperativas), para operar planos privados de assistência à saúde. (art. 12, RN nº 39 da ANS).
- Cooperativas odontológicas - são também sociedades sem fins lucrativos, regulamentadas pela mesma lei que rege as cooperativas médicas, com o objetivo de operar apenas planos odontológicos (art. 13, RN nº 39 da ANS).
- Medicina de grupo: são as empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, à exceção das que fazem parte das demais modalidades (art. 15, RN nº 39 da ANS).
- Odontologia de grupo: são as empresas ou entidades com características semelhantes às de medicina de grupo, porém operam exclusivamente planos

odontológicos, à exceção dos que fazem parte das demais modalidades (art. 16 da RN nº 39 da ANS).

- Administradoras de benefícios: são pessoas jurídicas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos. A administradora de benefícios assume parte do trabalho que seria da pessoa jurídica contratante, ou seja, da empresa empregadora, do conselho, sindicato ou associação profissional que contratar o plano de saúde. Ela tem a responsabilidade, por exemplo, de emitir boletos, de representar os beneficiários na negociação de aumentos de mensalidade com a operadora do plano, oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes entre outros.
- Filantropia: são entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de saúde e que tenham, necessariamente, obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social pelo Ministério competente, bem como da declaração de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos governos estaduais ou municipais (art. 17, RN nº 39 da ANS)

3.1.3 Os planos de saúde quanto ao segmento de cobertura assistencial

A classificação dos planos quanto à segmentação de cobertura está prevista nos artigos 10 e 12, incisos I a IV, da Lei nº 9.656/98. O artigo 10 institui o plano referência, enquanto o artigo 12 e incisos autoriza às operadoras a oferta dos planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e o odontológico.

O plano referência é o mais completo previsto na lei, e sua cobertura abrange uma combinação da assistência ambulatorial, hospitalar e obstetrícia. Serve como uma modalidade básica, padrão, para os demais segmentos ofertados, apresentando um rol de serviços que as operadoras, obrigatoriamente, deverão ofertar, sob pena de não obterem registro para funcionamento. Porém, pela lei, ficaram excluídos dessa obrigatoriedade as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente no segmento de planos odontológicos (Lei 9.656/98, art. 10, §§ 2º e 3º).

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei [...] (Lei nº 9.656/98, art. 10, caput.).

Os incisos I a X do artigo 10 determinam as exceções das coberturas obrigatórias. No § 4º do mesmo artigo, é determinado que cabe à ANS definir a amplitude de coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade.

Apoiada nessa disposição legal, a ANS edita, através de Resolução Normativa, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que consiste em uma lista de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, válida para os planos novos e para os adaptados, com constante revisão pela ANS (BRASIL, 2014, p. 49). O processo de revisão do rol conta com a constituição de um grupo técnico composto por representantes de entidades de defesa do consumidor, de operadoras de planos de saúde, de profissionais de saúde que atuam nos planos de saúde e de técnicos da ANS.

Os demais segmentos de planos de saúde estão elencados no artigo 12 e seus incisos. São os planos: ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia e odontológico.

O inciso I trata sobre o plano ambulatorial, redigido nos seguintes termos:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

Neste segmento estão cobertos somente procedimentos de consulta, exames e demais serviços de diagnósticos e tratamentos, realizados em consultórios e ambulatórios, não incluindo internação (NUNES, 2000, p.). Composto por cobertura de procedimentos mais simples, torna-se um plano mais barato para o consumidor, que, no entanto, na maioria dos casos, não conhece as reais limitações deste segmento, descobrindo suas restrições somente no momento em que necessita de um tratamento mais complexo.

O plano hospitalar, por sua vez, é o plano que cobre internações hospitalares, inclusive em centro de terapia intensiva e sem limitação de prazo, cobre despesas com acompanhamento médico, de enfermagem e alimentação e no caso de paciente menor de dezoito anos, há cobertura das despesas do acompanhante. Cobre também exames complementares, medicamentos e materiais e, quando comprovadamente necessária, a remoção do paciente para outro estabelecimento hospitalar, dentro do território nacional (Lei nº 9.656/98, art. 12, inciso II).

Este segmento não cobre atendimento obstétrico e, por muitas vezes, seus usuários desconhecem tal limitação de cobertura. Quando se adiciona ao plano hospitalar a cobertura de serviços de obstetrícia, temos outro segmento de plano.

O plano hospitalar com obstetrícia, além de cobrir os procedimentos do segmento hospitalar, inclui a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto. É também assegurada ao recém-nascido a inscrição no plano da mãe, sem necessidade do cumprimento do período de carência, desde que a inscrição ocorra dentro do prazo de trinta dias do nascimento ou da adoção (Lei nº 9.656/98, art. 12, inciso III).

É facultada, também, a oferta do plano odontológico, que compreende a cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares solicitados pelo odontólogo, como radiografia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgias orais menores, realizadas em ambiente ambulatorial e sem uso de anestesia geral (Lei nº 9.656/98, art. 12, inciso IV).

Rizzato Nunes (2000, p. 46) ressalta que a oferta compartimentada prevista no art. 12 é facultada às operadoras, cabendo a estas a decisão de comercializá-los ou não; enquanto o plano-referência regulado no artigo 10 é obrigatório. Se a operadora optar pela oferta por segmentos, essa oferta deverá ser adotada respeitando as exigências mínimas fixadas no plano-referência.

3.1.4 Os planos de saúde quanto à modalidade de contratação

Quanto à modalidade de contratação, os planos podem ser classificados em individuais ou familiares e planos coletivos, que por sua vez, serão empresariais ou por adesão.

Os planos individuais são aqueles contratados por uma pessoa física diretamente com a operadora, podendo ou não incluir um grupo familiar. São regulados pela ANS e têm regra mais rígidas, principalmente no que concerne a reajuste de preços e rescisão contratual

Os planos coletivos empresariais são os que prestam assistência aos funcionários de uma pessoa jurídica contratante, em virtude de vínculo empregatício ou estatutário.

Os planos coletivos por adesão são aqueles contratados por pessoas jurídicas à população que com ela mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais, conforme artigo 9º da RN 195/2009 da ANS.

3.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS

A ANS busca garantir o cumprimento da Lei nº 9.656/98, editando normas e regulamentações no setor de saúde suplementar. Assim, sua função é normatizar, controlar e fiscalizar o exercício das atividades das operadoras de plano de assistência à saúde.

Sua criação foi estabelecida pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. No artigo 1º da lei mencionada, temos:

Art. 1º. É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

É conferida à ANS a natureza de autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, cuja especialidade é caracterizada por “autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes” (Lei 9.661/2000, art. 1º, parágrafo único).

A ANS tem por finalidade, segundo o artigo 3º da Lei nº 9.961/2000, “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto a suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”

Sobre o poder normativo conferido à ANS no artigo 1º da Lei nº 9.961/2000, Esmeraldi e Lopes (2015, p. 39) argumentam que a agência, apesar do que consta em sua lei criadora

[...] não detém poder para produzir normatividade autônoma (CF, art. 5º, II) e qualquer delegação de competência que se lhe faz (Lei nº 9.961/2000), at. 4º, IV, V, VII, XI, XIV) ou se lhe faça não poderia e nem poderá afrontar a legalidade constitucional e os legítimos mecanismos constitucionais de produção de normatividade.

Se assim fosse feito, isso representaria afronta ao princípio constitucional da legalidade, que dispõe que somente em virtude de lei alguém pode ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa. Representaria também desrespeito ao princípio confirmado pelo art. 197 da Constituição Federal imputando ao Poder Público responsabilidade (e competência) para dispor, apenas sobre regulamentação, fiscalização e controle sobre as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado que prestam serviços de assistência suplementar à saúde (ESMERALDI; LOPES, 2015, p. 39).

Os poderes conferidos por lei à ANS carregam funções voltadas e destinadas para **regulação** (produção e mecanismos para acompanhamento da aplicação das regras e disciplina já contidas na Lei nº 9.656/98 nos contratos dela derivados), para **controle** (produção de mecanismos para garantir acompanhamento operacional e eficácia de seus resultados) e para **fiscalização** (acompanhamento atento, objetivo e, quando caso, punitivo em face de descumprimento da lei e de seus respectivos contratos) sobre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus respectivos contratos, como previstos na Lei nº 9.656/98 (ESMERALDI; LOPES, 2015, p.40, grifo nosso).

Renata Esmeraldi e José Silva Lopes (2015, p. 41) ressaltam que, enquanto encarregada de controlar a legalidade dos contratos e as garantias econômicas para sua regular execução, incube à ANS o dever de assegurar o equilíbrio contratual, velando para que o desequilíbrio contratual não venha contaminar financeiramente os contratos e colocar em risco a execução deles. Assim,

O cumprimento desse dever fiscalizatório, que é essencial, necessariamente carrega a responsabilidade tanto de acompanhar a implantação de medidas, quaisquer que sejam (ampliação de cobertura, novos encargos tributários), com potencial para desequilibrar a execução dos contratos como de determinar e implantar, pronta e imediatamente, os mecanismos de correção dos desequilíbrios, que, eventualmente, vier a ocorrer. Nesse passo e nesse ponto constitui mínimo dever jurídico da ANS vislumbrar o equilíbrio dos contratos para corrigir desequilíbrios sempre que alterado o rol dos procedimentos cobertos (ESMERALDI; LOPES, 2015, p. 41).

As ações regulatórias da ANS são subordinadas às diretrizes fixadas pelo Conselho de Saúde Suplementar — CONSU, órgão governamental com competência para: estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS e para fixar as diretrizes gerais para implementação do setor. O Conselho é formado pelos ministros: Chefe da Casa Civil, que o preside; da Saúde, da Fazenda, da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão (Lei nº 9.656/98, arts. 35-A e 35-B, incisos I a V).

A direção da ANS é exercida por uma diretoria colegiada, composta por até cinco diretores com mandatos não coincidentes, cada um deles responsável por uma das áreas de atuação definidas em regimento interno. O mandato de cada diretor é de três anos, com possibilidade de prorrogação por mais três anos. O diretor-presidente é escolhido entre os membros da Diretoria Colegiada pelo Presidente da República, e acumula as funções de diretor-geral da Agência, presidente da Diretoria Colegiada, presidente da Câmara de Saúde Suplementar e secretário-executivo do Conselho de Saúde Suplementar (BRASIL, 2001, p. 25).

A ANS está organizada em cinco áreas (BRASIL, 2001, p. 26):

- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras: responsável por normatizar, registrar e monitorar o funcionamento das operadoras, inclusive nos processos de intervenção e liquidação;
- Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos: responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive reajuste de contratos de planos individuais e familiares;
- Diretoria de Fiscalização: responsável pelo controle de todo o processo de fiscalização (aspectos econômico-financeiros e médicos assistenciais), além do apoio ao consumidor e articulação com seus órgãos de defesa;
- Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pelo sistema de ressarcimento do SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor de saúde suplementar; e
- Diretoria de Gestão: responsável por organizar o sistema de infraestrutura e suporte da Agência, com o gerenciamento de recursos humanos e financeiros, suprimentos, informática e informação.

Entre as atribuições da ANS está a elaboração e atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que se constitui na cobertura mínima obrigatória para os planos de saúde comercializados a partir da vigência da Lei nº 9.656/98. O conteúdo do Rol determina o atendimento às doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) no plano-referência, que inclui todas as segmentações.

Entre a vigência da Lei nº 9.656/98 e a criação da criação da ANS, algumas resoluções foram criadas pelo então Conselho de Saúde Suplementar (Consu), com o objetivo de regulamentar e especificar vários aspectos da assistência à saúde no setor, já previamente estabelecidos pela Lei. A Resolução Consu nº 10, de 1998, por exemplo, estabeleceu os primeiros parâmetros para as coberturas assistenciais, como também a primeira lista de procedimentos de cobertura obrigatória para todas as segmentações de planos: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológica e suas combinações. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009, p. 51).

Assim, a Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada com a atribuição de regular o setor de saúde suplementar no Brasil, pois embora em linhas gerais as diretrizes do setor tenham sido esboçadas na Lei nº 9.656/98, esta lei já previa a necessidade de posterior atividade regulamentar para os aspectos específicos do setor.

4. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A DISCIPLINA CONTRATUAL NO CDC E NO CÓDIGO CIVIL DE 2002 E OS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE

4.1 A relação entre plano de saúde e usuário como relação de consumo

De acordo com o que expressa o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 2º “consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”, equiparando-se a esta figura “a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo”.

O artigo 3º, por sua vez, conceitua o fornecedor como

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

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

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

As pessoas jurídicas que operam os planos de assistência à saúde (tanto os planos como os seguros de saúde) são típicas prestadoras de serviços, conforme se enquadram no artigo 3º do Código de Defesa do Consumidor; e os usuários do planos e seguros de saúde são considerados, de sua parte, típicos consumidores, adequados à definição dada no artigo 2º do mesmo código (NUNES, 2000, p. 13).

Carlos Roberto Gonçalves (2012, p. 10) explica que os principais protagonistas do Código de Defesa do Consumidor são o consumidor e o fornecedor, estando incluídos no conceito deste último o produtor, o fabricante, o comerciante, e, principalmente o prestador de serviços, conforme estabelece o artigo 3º do CDC.

É de se concluir, portanto, que a relação entre o plano de saúde e o contribuinte é nitidamente de consumo, uma vez que preenche os requisitos presentes no CDC.

O Código de Defesa do Consumidor serve como um instrumento nivelador na busca pelo equilíbrio na relação de consumo. Como norma geral, é aplicável às relações no setor de saúde suplementar, objetivando a proteção dos beneficiários nesta atividade econômica, reconhecendo sua vulnerabilidade e os direitos à prevenção de danos que possam vir a sofrer, sejam estes patrimoniais ou morais.

É nesse sentido o entendimento do STJ, explicitado na súmula 469, aprovada 2ª Seção do Tribunal e publicada no Diário de Justiça eletrônico em 06 de dezembro de 2010, que assim está redigida: “Súmula 469. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.

A Súmula 469 do STJ solidifica o posicionamento do tribunal sobre a possibilidade da mudança do contrato com a intenção de diminuir o desequilíbrio na relação de consumo envolvendo os beneficiários e as operadoras de plano de assistência à saúde, garantido a interpretação mais benéfica ao consumidor.

Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo (2013, p. 3219) aduzem:

A interpretação das cláusulas contratuais segue, em termos gerais, as normas da legislação consumerista, sendo de frisar que a vulnerabilidade do usuário, princípio estruturante do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e, portanto, de toda a tutela protetiva outorgada, envolve pelo menos dois aspectos: a) a situação pessoal e individual do beneficiário, já que a saúde constitui condição para o exercício pleno da autonomia individual e para a fruição dos demais direitos, ademais de incluir-se num padrão mínimo (mínimo existencial) a uma vida digna e com certa qualidade; b) a especial posição ocupada pelo indivíduo nos contratos de planos de saúde, considerados contratos cativos de longa duração, na medida em que se desenrolam por um período muito longo de tempo, gerando expectativas e dependência por parte do usuário, além de não raras vezes atravessarem sucessivos regramentos legislativos

O STJ já reconhecia a aplicação do código consumerista em várias ocasiões, no que resultou a edição da Súmula 469. O CDC é, assim, norma apta a ser aplicada aos contratos de planos de saúde.

É preciso considerar também que nesses contratos, por tratarem sobre os serviços de saúde dotados de “relevância pública” atribuído pelo constituinte no artigo 197 da Constituição Federal, mantendo este caráter mesmo quando prestados pela iniciativa privada e sob a forma de contratos, “a interpretação das cláusulas contratuais, bem como o exame acerca da responsabilidade pela execução adequada dos serviços de saúde deve submeter-se, portanto, à dupla incidência da proteção fundamental do consumidor e do titular do direito à saúde” (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3220).

Ingo Sarlet e Figueiredo (2013, p. 3220) acrescentam que nesses contratos

[...] importa reconhecer a incidência de um sistema de tutela reforçada do usuário-consumidor-paciente, decorrente da convergência dos específicos deveres jusfundamentais de proteção do consumidor (CF, art. 5º, XXXII) e de proteção da saúde (CF, art. 196), a determinar a aplicação conjunta do direito à saúde e de proteção do consumidor.

Assim, na interpretação dos contratos de plano de saúde, serão considerados a proteção ao direito à saúde, um direito fundamental social atrelado ao princípio da dignidade da pessoa humana, como também os princípios de proteção ao consumidor, também com fundamento constitucional e que norteiam o Código de Defesa do Consumidor.

Para a proteção do contratante, sobre esses contratos incidem as normas consumeristas que devem ser consideradas nas fases de elaboração e negociação do contrato, bem como em sua execução. As cláusulas dos contratos de plano de saúde, típicos contratos de adesão, devem ser redigidas conforme requisitos estabelecidos no capítulo VI do CDC, que trata sobre a proteção contratual, repelindo as cláusulas abusivas e excessivamente onerosas ao consumidor e obedecendo às determinações referentes à elaboração dos contratos de adesão.

Sobre eles também incidem, por exemplo, as normas sobre o direito e dever de informação, sobre a inversão do ônus da prova, entre outros princípios e direitos cuja verificação em caso concreto envolvendo relação de consumo encontra respaldo na legislação consumerista.

Ainda afirmam Ingo Sarlet e Figueiredo (2013, p. 3321) que

[...] o caráter duplamente indisponível do direito em causa, consumidor e saúde, ainda embasa a atuação do Ministério Público, das associações de classe e de entidades da sociedade civil na defesa de uma dimensão coletiva e difusa do direito à saúde e do próprio direito do consumidor, a partir daí configurada.

No meio jurisprudencial é nítida a tendência da relativização da autonomia contratual em favor da tutela do contratante consumidor, com a anulação judicial de cláusulas contratuais em função da sua abusividade ou quando impõem às operadoras de planos de assistência à saúde deveres destinados à plena assistência à saúde dos segurados, a exemplo de quando essas decisões se referem a controvérsias sobre cobertura contratual de procedimentos vitais ao tratamento do paciente.

4.2 A disciplina contratual no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil de 2002

O direito dos contratos funda-se sobre princípios que lhe dão estabilidade necessária para reger as relações contratuais com a segurança reclamada pela

sociedade que este direito visa disciplinar, pacificando conflitos que emergem da convivência entre seus membros (COSTA, 2007, p.17).

Ressalta-se que embora a disciplina relativa às relações contratuais passem por modificações, por vezes lentas e às vezes marcantes, ao longo do tempo

[...] a liberdade deferida aos cidadãos para a criação do vínculo contratual traduzida na autonomia da vontade nunca foi desmedida, desregrada, mormente ao se observar que a liberdade quase sempre mereceu limitação em nome da convivência social harmônica. O sentido de limitação da liberdade acompanha o homem desde seus primórdios quando passou a viver em comunidade, seja por intermédio do abandono ao direito de autogestão pelo advento da vida em comunidade, seja através da escolha de um líder que o guiasse, seja pela autolimitação dessa mesma liberdade através da submissão à lei (COSTA, 2007, p. 28).

Em nosso país, mudanças profundas ocorreram na teoria contratual com a edição do Código de Defesa do Consumidor em 1990 sob determinação constitucional e com a posterior promulgação do Código Civil em 2002.

Antes da edição dessas leis, concentrava-se no Código Civil de 1916 a quase totalidade de normas referentes às relações privadas. Nascido ainda sob a égide da Constituição de 1891, esse Código prolongou-se ainda pelas constituições surgidas nos anos de 1934, 1937, 1946, 1967 chegando até a nossa Constituição de 1988, quando foi trabalhado um novo Código Civil que apresentasse mais sintonia com os princípios e valores consagrados em nossa Constituição Cidadã.

Como afirma Rulli Neto (2011, p. 20) “os contratos estão em um cenário de evolução em que novos fatores devem ser considerados no direito contratual, como a massificação, o mundo globalizado e as necessidades mínimas da pessoa”.

O CDC e o Código Civil de 2002 surgiram então para atender aos anseios de uma nova sociedade, como também para adequação da disciplina referente às relações privadas a uma nova ordem jurídica. No âmbito do direito das obrigações grandes mudanças se instalaram, especialmente no que diz respeito às relações contratuais.

Tanto o CDC como o Código Civil 2002 destinam-se a reger relações privadas, contudo possuem âmbito de aplicação diferentes. Como bem explica a jurista Claudia Lima Marques (BENJAMIN; MARQUES; BESSA, 2009, p. 93):

A relação entre dois “civis”, sem habitualidade, continuidade ou fim econômico ou de lucro é uma relação civil *stricto sensu* e será regulada pelo Código Civil de 2002, relações entre iguais que é. Já a relação entre um “civil”, destinatário final do serviço, e um empresário, fornecedor de um produto ou serviço no mercado, é uma *relação de consumo*, *ex vi arts. 2º e 3º* do Código de Defesa do Consumidor, uma relação entre diferentes, tutelando a lei um

deles, o vulnerável (art. 4º, III, do CDC), o consumidor, e será por isso, diante do mandamento constitucional do art. 5º, XXXII, de proteção apenas deste agente econômico, regulada prioritariamente pela Lei nº 8.078/90. Se a relação é de consumo, aplica-se prioritariamente o CDC, e só subsidiariamente, no que couber e for complementarmente necessário, o CC/2002.

Nesse sentido, também afirma Fábio Ulhoa Celso ():

Hoje, o direito privado dos contratos se biparte em dois regimes: o cível e o de tutela dos consumidores. Em termos genéricos e ainda um tanto impreciso, o regime cível disciplina as relações contratuais entre contratantes iguais (dois empresários ou dois não-empresários, por exemplo), e o consumidor cuida das relações entre contratantes desiguais (um empresário e um não-empresário, por exemplo). Tecnicamente falando, porém, a definição do regime jurídico a aplicar se encontra no conceito legal das relações de consumo. Quando caracterizada esta, o contrato se submete ao Código de Defesa do Consumidor; quando não, ao Código Civil de 2002.

No entanto, é preciso considerar que esses dois regramentos possuem muitos princípios em comum, e isso se deve principalmente por ambos terem nascido sob a égide da Constituição Federal de 1988, de onde buscam fundamento e inspiração.

O Enunciado nº 167, da III Jornada de Direito Civil, promovida pelo Conselho da Justiça Federal em dezembro de 2004 sob a organização de Ruy Rosado, está assim redigido:

167. Arts. 421 a 424: Com o advento do Código Civil de 2002, houve forte aproximação principiológica entre esse Código e o Código de Defesa do Consumidor no que respeita à regulação contratual, uma vez que ambos são incorporadores de uma nova teoria geral dos contratos.

Isto se observa principalmente quando ambos impõem cláusulas gerais para orientação da atuação de contratantes como também para nortear a interpretação do contrato, como é o caso, por exemplo, da boa-fé objetiva, presente em ambos os regramentos.

Segundo Maria Helena Diniz (apud RULLI NETO, 2011, p. 199):

Cláusulas gerais são normas orientadoras sob forma de diretrizes, dirigidas precipuamente ao juiz, vinculando-o, ao mesmo tempo em que lhe dão liberdade para decidir. São elas formulações contidas na lei, de caráter significativamente genérico e abstrato cujos valores devem ser preenchidos pelo juiz, autorizado para assim agir em decorrência de formulação legal da própria cláusula geral.

Claudia Lima Marques defende a teoria de um “diálogo das fontes”, que seria “um conceito de aplicação simultânea e coerente de muitas leis ou fontes de direito privado sob a luz (ou com os valores-guia) da Constituição Federal de 1988”.

Significaria assim “a aplicação simultânea, coerente e coordenada das plúrimas fontes legislativas, leis especiais (como o CDC, a lei de seguro-saúde) e gerais (como o CC/2002), com campos de aplicação convergentes, mas não mais iguais” (BENJAMIN; MARQUES; BESSA, 2009, p. 89).

Assim, as normas gerais do Código Civil de 2002 podem ser aplicadas às relações de consumo de forma subsidiária e apenas no que couber enquanto o Código de Defesa do Consumidor continua a regular com suas normas especiais, com primazia e prioridade, essas relações.

4.2.1 A proteção contratual no Código de Defesa do Consumidor

O CDC, em seu art. 4º, delinea o objetivo da Política Nacional das Relações de Consumo, que se direciona ao

[...] atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo.

O mesmo artigo consagra relevantes princípios norteadores que deverão ser atendidos na atuação dos órgãos encarregados da proteção ao consumidor. Dentre esses princípios está o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo, expresso no inciso I.

A posição de vulnerabilidade do consumidor nas relações consumeristas ensejou a instalação do CDC, legislação específica para garantir a proteção desse agente no âmbito dessas relações, considerando-se que nelas, na maioria das vezes, o mesmo figura como a parte mais fraca.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 5º, inciso XXXII, determina que “o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor”.

A preocupação em proteger os consumidores fez com que o constituinte instituisse, expressamente, sua proteção entre os princípios da ordem econômica. A defesa do consumidor tornou-se elemento relevante no cenário da economia brasileira frente aos demais princípios da ordem econômica, especialmente o da livre concorrência, que se traduz na possibilidade de os agentes econômicos atuarem sem

embaraços juridicamente justificáveis, visando à produção, à circulação e ao consumo de bens e serviços em um determinado mercado (TOLEDO, 2012, p. 359).

No artigo 170, inciso V, a Constituição Federal prescreve que “a ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna conforme os ditames da justiça social”, observada, dentre outros princípios, a defesa do consumidor.

No artigo 48 das disposições constitucionais transitórias, ficou estabelecida a elaboração do código de defesa do consumidor pelo Congresso Nacional dentro de cento e vinte dias da promulgação da Constituição.

Em setembro de 1990 é sancionado o Código de Defesa do Consumidor, estabelecendo normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos artigos 5º, inciso XXXII, e 170, inciso V, da Constituição Federal e do artigo 48 das Disposições Transitórias.

Assim, o constituinte de 1988 se preocupou em prever o socorro ao consumidor, considerado vulnerável, determinando a elaboração de lei de maneira a prevenir injustiças que possam ocorrer na relação de consumo. O Código de Defesa do Consumidor surge assim com a pretensão de restabelecer o equilíbrio entre os protagonistas das relações consumeristas.

A evolução das relações sociais, bem como o surgimento do consumo em massa e dos conglomerados econômicos, fizeram com que os princípios tradicionais da nossa legislação das relações privadas se mostrassem insuficientes, sob determinados aspectos, para reger as relações de consumo (TOLEDO, 2012, p. 359).

Francisco Sales Costa (2007, p. 88) assevera que a Lei nº 8.078/98, partindo da perspectiva na qual o fornecedor de bens ou serviços se encontra em posição de inabalável supremacia frente ao consumidor,

[...] ocupou-se em disciplinar o contrato tendo em vista o abismo que separava os contratantes no sentido de torná-los menos desiguais, a partir do estabelecimento de meios legais que colocassem o consumidor em posição de igualdade frente à contraparte; não a igualdade formal que colocara os contratantes em posições tão desniveladas, mas a igualdade material, real, que busca harmonizar os interesses distribuindo equitativamente os direitos e ônus contratuais.

O autor Sílvio de Salvo Venosa (2007, p. 340) aduz que até o advento do CDC, o consumidor se encontrava desamparado frente a economia de massa e o poder econômico, público e privado. Veio pois, atender aos reclamos de proteção da contratação em massa uma vez que

[...] os mecanismos de proteção do contratante-consumidor, baseados na velha lei civil e no estatuto processual de inspiração clássica, mostravam-se emperrados e obsoletos, mormente na esfera dos procedimentos. A jurisprudência, salvo as honrosas exceções de sempre, não procurava fugir desse sectarismo (VENOSA, 2007, p. 339).

O CDC estabelece ainda em seu artigo 4º, inciso III, outro princípio norteador da Política Nacional das Relações de Consumo, a

[...]

III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170 da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores

Torna assim um dever e objetivo dos entes públicos buscar o equilíbrio nas relações consumeristas, reprimindo práticas que possam de alguma forma aprofundar a situação de vulnerabilidade do consumidor. Francisco Sales Costa (2007, p. 90) esclarece que

Sob o amparo da Lei nº 8.078/90 o Estado assumiu o epicentro da relação de consumo passando a discipliná-la não mais supletivamente, porém imperativamente através de normas de ordem pública inderrogáveis ao talante dos contratantes, colocando em segundo plano a vontade particular para substituí-la pela vontade estatal na tentativa de equilibrar concretamente a relação de consumo, em atenção à diretriz traçada pela função social que o contrato deve desempenhar.

O CDC dedica o Capítulo VI (arts. 46 a 54) para tratar sobre a proteção contratual.

Em seu artigo 46, ele prevê que o contrato deixa de ser obrigatório para um consumidor se não lhe for dada a oportunidade de conhecê-lo previamente ou se esse instrumento estiver redigido de modo a dificultar a compreensão de seu alcance e sentido pelo consumidor. Trata-se, assim, de norma que pode ser entendida, ao mesmo tempo, como regra de interpretação e como regra a ser seguida na realização da negócio jurídico.

O art. 47, por sua vez, dispõe que “As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”. Este dispositivo aplica-se a todos os contratos que tenham por objeto relações de consumo, refletindo assim o objetivo do próprio CDC, que visa a proteção da parte mais vulnerável na relação, isto é, do consumidor, uma vez que as regras estabelecidas nos contratos são, em geral, elaboradas pelo fornecedor.

Impõe também, em seu artigo 51, a nulidade das cláusulas contratuais consideradas abusivas.

[...] as cláusulas abusivas pertinentes ao direito do consumidor são aquelas que prejudicam de forma exorbitante o consumidor no confronto entre os direitos e obrigações de ambas as partes contratantes, ferindo o princípio da boa-fé (GALDINO, 2001, p. 12 apud VENOSA, 2007, p. 341).

Trata ainda em seu artigo 54 sobre os contratos de adesão. Este tipo de contrato é previsto também no Código Civil de 2002, porém é o Código de Defesa do Consumidor que traz sua definição, e especificamente para a relações de consumo, determinando também requisitos que devem ser observados para sua formulação. Dispõe o artigo 54 do CDC:

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

§ 1º A inserção de cláusula no formulário não desfigura a natureza de adesão do contrato.

§ 2º Nos contratos de adesão admite-se cláusula resolutória, desde que a alternativa, cabendo a escolha ao consumidor, ressalvando-se o disposto no § 2º do artigo anterior.

§ 3º Os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, cujo tamanho da fonte não será inferior ao corpo doze, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor.

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

§ 5º (Vetado)

Os contratos de plano de saúde, tema central de nosso estudo, é um típico contrato de adesão e, portanto, deve estar moldado ao que estabelece o CDC sobre esse tipo de contratação.

Nas relações de consumo, o contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido estabelecidas de forma unilateral pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar, de forma substancial, o conteúdo do contrato, cabendo a ele apenas a escolha de firmar ou não o negócio jurídico.

Esses contratos são, assim, caracterizados por serem compostos pelas chamadas cláusulas gerais do contrato que, por sua vez,

singularizam-se pelo fato de serem pré-elaboradas pelo fornecedor de bens ou serviços conhecido por predisponente ou estipulante, de forma unilateral e uniforme, inalteráveis para o público alvo, podendo ou não constar do instrumento contratual, revelando-se, ainda, um caráter abstrato, posto que sua intenção recai sobre futuros interessados, os aderentes com quem o predisponente espera contratar mediante a aceitação do conteúdo dessas cláusulas adrede preparadas sem discussão (COSTA, 2007, p. 83).

A técnica de predispor as cláusulas contratuais incorporou-se em definitivo à relação de trocas na sociedade industrializada, o que levou a sua consagração como padrão definitivo na relação comercial onde subsista desigualdade técnica ou econômica entre os contratantes com a imposição da vontade do contratante em posição de superioridade (COSTA, 2007, p. 82).

Como assevera o professor Nelson Rêgo (2009, p. 49)

[...] com o desenvolvimento do capitalismo e por via de consequência, com o fortalecimento do poderio econômico dos grupos empresariais e da diversificação das atividades das empresas, vimos ocorrer uma oferta em massa de produtos no mercado, resultando em profundas transformações no comércio jurídico, com o surgimento abundante de casos em a *lex contractus* é praticamente elaborada por um só dos contraentes, sem nenhum debate prévio do seu conteúdo. Ao outro contraente resta apenas, na prática, a liberdade, ainda que restrita, de aceitar ou não o contrato que lhe é facultado, mas não a de discutir a substância das soluções nele firmadas. A estes contratos, próprios da sociedade de consumo, é que na doutrina e na jurisprudência dos países latinos, tem-se denominado, *contratos de adesão*.

Rizzato Nunes (2012, p. 678) ensina que

o contrato de adesão é típico das sociedades de massa, construídas a partir de um modo de produção. O crescimento da sociedade de consumo, com sua produção em série, estandardizada, homogeneizada, a contratação de operários em massa, especializadíssimos, o implemento da robótica, informática etc., exigiu a utilização dos contratos-formulário, impressos com cláusulas prefixadas para regular a distribuição e venda dos produtos e serviços de massa.

Sobre o mesmo tema, Francisco Sales Costa (2007, p. 82) aduz:

Essa técnica de predisposição de cláusulas contratuais antecipadamente encerra toda a nova problemática das relações de produção e distribuição, nas quais os bens e serviços são confeccionados e destinados para uma determinada classe de pessoas dividida por vários critérios como o poder aquisitivo, o gosto, a posição social, enfim, visando alcançar segmentos específicos da sociedade, o que leva a empresa a preparar adrede estes contratos com vistas à forma de divulgação que fará de seus produtos visando um público alvo, maneira de racionalizar os custos de acordo com as diretrizes da moderna estratégia de marketing.

O autor Francisco Sales Costa também faz a ressalva de que essas cláusulas gerais dos contratos não se confundem com os contratos de adesão. O contrato de adesão “reflete o momento no qual se estabelece o liame obrigacional entre as partes, mercê da adesão que o destinatário faz à oferta lançada pelo predisponente através das cláusulas gerais”. Assim, o contrato de adesão se dará com a eventual aceitação. Já as cláusulas gerais dos contratos “constituem a oferta

pública que o predisponente leva ao conhecimento de possíveis aderentes com que lhe interessa contratar” (2007, p. 83).

Nos contratos de adesão, os consumidores só estarão obrigados se tiverem a oportunidade de tomar conhecimento prévio de todo o seu conteúdo, considerando-se o que preceitua o artigo 46 do CDC. É nesse sentido que afirma Francisco Sales Costa:

As cláusulas gerais dos contratos podem não se encontrar discriminadas no instrumento contratual, hipótese no qual não obrigarão o consumidor, salvo a hipótese de lhe ser dado inequívoco conhecimento de seu teor e mediante a sua aceitação, sob pena de colocá-lo em posição de extrema inferioridade, verdadeiramente indefeso frente ao predisponente que poderia inserir as cláusulas contratuais que melhor lhe aproovessem sem o conhecimento prévio do consumidor, que ainda assim ficaria obrigado ao seu cumprimento, violência inominável que remonta aos primeiros tempos da Revolução Industrial, do liberalismo-individualista mais agudo, que não pode ser aceita no quadro atual (2007, p. 84).

Convém agora fazer uma breve análise do que dispõe o supracitado artigo 54 do CDC em seus parágrafos, uma vez que determina a forma como devem ser apresentadas as cláusulas contratuais no contrato de adesão.

De acordo com o § 1º do referido artigo, “a inserção de cláusula no formulário não desfigura a natureza de adesão do contrato”. Ou seja, ainda que sejam inseridas outras cláusulas no contrato de adesão, previamente definido e escrito, “tal fato não desfigura sua característica de adesão. E isso vale quer essa cláusula adicional tenha sido negociada por meio de discussões, quer não tenha sido precedida de negociação” (NUNES, 2012, p. 685).

Rizzato Nunes (2012, p. 685) ressalta que o uso da expressão “formulário” no CDC, típico de uma época sem microcomputadores apesar de o CDC surgir apenas em 1990, o contrato é caracterizado pelo conteúdo e forma de estipulação e não pela maneira como está impresso; “quer seja pré-impresso, com espaços a serem preenchidos, ou feito integralmente no microcomputador, ainda assim é contrato de adesão”.

Já o § 3º do artigo 54 guarda relação com o artigo 46, também do CDC, que determina transparência no conteúdo do contrato ao proibir que os mesmos sejam redigidos de maneira a dificultar a compreensão, pelo consumidor, de seu sentido e alcance.

Os contratos de adesão devem ser redigidos em termos claros, evitando-se o uso de linguagem excessivamente técnica ou inacessível, evitando-se termos vagos ou imprecisos (NUNES, 2012, p. 687).

Também devem apresentar caracteres ostensivos e legíveis. O legislador demonstrou a preocupação em estabelecer, inclusive, o tamanho do caractere a ser utilizado nos contratos, que não deve ser inferior a 12 (doze) para facilitar a compreensão do contrato pelo consumidor. Dessa forma, o legislador tenta proibir o uso de fontes miúdas que dificultem a leitura do contrato.

Uma observação pode ser feita a esta exigência legal. Os programas de edição de textos atuais nos possibilitam utilizar uma diversidade de tipos de fontes. Algumas delas, mesmo em corpo doze, como exigido no § 3º, apresentariam caracteres pequenos e de difícil leitura. Na hipótese de interpretação de uma cláusula contratual redigida dessa forma, é possível levar em consideração a intenção do legislador ao elaborar a exigência legal, uma vez que, sem dúvida, o que se tinha em mente era uma fonte perfeitamente ostensiva e legível.

O § 4º determina que as cláusulas que estabeleçam limitação de direito do consumidor devem ser redigidas com destaque, a fim de permitir sua imediata e fácil compreensão. Assim, quando a cláusula for restritiva de direitos, deve estar destacada no texto, além de apresentar caractere ostensivo como preceitua o § 3º.

Este dispositivo pode ser relacionado ao artigo 31 do mesmo diploma legal, que trata sobre a obrigatoriedade da clareza e honestidade na oferta e apresentação de produtos:

Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.

Assim, como afirma Francisco Sales Costa, o sentido da legislação consumerista é o de estabelecer uma relação paritária entre os contratantes frente às leis de mercado que os colocam em níveis tão diferentes. Não se constitui “em panacéia capaz de acobertar toda e qualquer ação do consumidor, ainda que contrária ao direito e muito menos colocá-lo em posição superior a do fornecedor de bens e serviços”, pois isto apenas significaria a permuta de uma injustiça por outra (COSTA, 2007, p. 90).

4.2.2 O contrato no Código Civil de 2002

Antonio Rulli Neto afirma que o jurista Miguel Reale, ao trabalhar pela edição do atual Código Civil, apoiou-se em três princípios fundamentais: a eticidade, a socialidade e a operabilidade (2011, p. 95).

Com a eticidade,

[...] procurou superar o apego do Código Beviláquia ao formalismo jurídico, fruto, a um só tempo, da influência recebida do direito tradicional português e da escola germânica dos pandectistas, aquele decorrente do valioso trabalho empírico dos glosadores, esta dominada pelo tecnicismo institucional haurido na admirável experiência do direito romano. Conquanto aqueles tenham sido valiosos estudos e meritosos valores técnicos, não era possível deixar de reconhecer, em nossos dias, a indeclinável participação dos valores éticos no ordenamento jurídico, sem abandono, é claro, das conquistas da técnica jurídica de tempos e com que se deve compatibilizar (RULLI NETO, 2011, p. 95).

A acolhida do princípio da eticidade pelo Código Miguel Reale informam, no ordenamento jurídico, critérios ético-jurídicos até então mantidos praticamente apartados do Código de 1916, principalmente no que se refere ao direito das obrigações, em que os contratos seguiam relegados à disciplina de mercado (COSTA, 2007, p. 132).

[...] a eticidade permite ao operador do direito buscar socorro quando da aplicação da norma legal na boa-fé objetiva, na analogia, nos princípios gerais do direito, na equidade sempre sob o olhar atento da lei para que a discricionariedade não se transforme em arbítrio (COSTA, 2007, p. 132).

A socialidade, por sua vez, foi buscada objetivando “superar o manifesto caráter individualista da lei vigente” ao considerar o indivíduo não um ser isolado, mas como “alguém que vive em sociedade da qual faz parte, que não pode perder de vista os valores plurais que devem reger a vida em comunidade, mantendo sempre atenção para com a dignidade humana”, valor maior a ser preservado pelo direito em atenção ao princípio consagrado pela Constituição Federal em seu artigo 1º, inciso III, conjugado ao princípio da solidariedade estabelecido pelo artigo 3º, inciso III, também de nossa Magna Carta (RULLI NETO, 2011, p. 95; COSTA, 2007, p. 130).

A adoção do princípio da socialidade flexibilizou dogmas até então absolutos, como é o caso do direito de propriedade do instrumento de sua circulação, o contrato baseado na autonomia da vontade e na força obrigatória, emprestando-lhes uma conotação voltada para o contexto social no qual estes direitos deverão ser exercidos, remodelados com base na função social, na probidade e na boa-fé objetiva que os acompanha de forma inseparável orientando-lhes o exercício, uma característica do Direito Civil

contemporâneo (MARTINS; BRANCO, 2002, p. 144 apud COSTA, 2007, p. 130).

É assim que ocorre, através do novo Código Civil, sensível alteração e revisão na disciplina legal referente aos direitos e deveres dos cinco personagens principais do Código Civil de 1916: “o proprietário, o empresário, o contratante, o marido e o testador, aquinhoados com direitos absolutos em razão da ideologia individualista que norteou aquele Diploma Legal” (COSTA, 2007, p. 131).

Também sobre o tema, Maria Helena Diniz (2002, apud RULLI NETO, 2011, p. 194) ressalta que

O Código Civil de 2002 procurou afastar-se das concepções individualistas que nortearam o diploma anterior para seguir orientação compatível com a socialização do direito contemporâneo. O princípio da socialidade por ele adotado revela a prevalência dos valores coletivos sobre os individuais, sem perda, porém, do valor fundamental da pessoa humana. Com efeito, o sentido social é uma das características mais marcantes do novo diploma, em contraste com o sentido individualista que condiciona o Código Beviláquia.

Outro princípio orientador da formulação do Código Civil de 2002, a operabilidade diz respeito à efetivação do direito, que traz a ideia de que “o contrato deve ser *funcionalizado* para que se torne contínuo, dinâmico, solidário e instrumento de geração de riquezas, não simplesmente um instrumento fechado e inflexível” (RULLI NETO, 2011, p. 96, grifo do autor).

Inspirado em sua elaboração por esses princípios orientadores, o Código Civil de 2002 traz de forma expressa nas disposições preliminares do Capítulo I (Disposições Gerais), Título V (Dos contratos em Geral) do Livro referente ao Direito das Obrigações, princípios que refletem essa nova visão das relações privadas.

Um importante princípio trazido pelo Código Civil de 2002 foi o princípio da função social do contrato, estampado no artigo 421, que preceitua: “A liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato”.

Sobre este dispositivo, quando o legislador prescreve que a liberdade de contratar será exercida nos limites da função social do contrato, ele não está se referindo à fixação de limites da possibilidade das partes escolherem se contratam ou não, mas se refere à liberdade de fixação do conteúdo contratual, ou seja, a liberdade contratual ou de contratação.

O princípio da função social do contrato foi elevado pelo Código Civil à categoria de lei e encontra fundamento no art. 170, caput, da Constituição Federal,

quando esta evidencia a intervenção do Estado no âmbito particular na tentativa de promover justiça contratual, exigindo do juiz a observação dos fins sociais ao interpretar cláusula contratual. É, dessa forma, plenamente aplicada às relações de consumo.

Os Enunciados nº 22 e 23 do Conselho Federal de Justiça, aprovados na I Jornada de Direito Civil têm a seguinte redação:

22. Art. 421: A função social do contrato, prevista no art. 421 do novo Código Civil, constitui cláusula geral que reforça o princípio de conservação do contrato, assegurando trocas úteis e justas.

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

A função social do contrato é, assim, uma forma de se evitar abusos nas relações contratuais, atuando como uma força para equilibrar a relação quando limita a liberdade de fixação do conteúdo contratual, ofertada pela autonomia privada, uma vez que, em não raros casos as partes se utilizam do contrato como um meio de opressão, na tentativa desmedida de lucrar sobre a outra parte, que ficaria sem saída, se não fosse tal princípio.

Este princípio evidencia a intervenção estatal no âmbito particular objetivando a proteção social e a manutenção da justiça contratual. Assim, ao interpretar uma cláusula contratual, o juiz deve ater-se aos fins sociais.

Também é conveniente tratar sobre os princípios citados no art. 422 do Código Civil, que prevê que “os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé”.

Dessa forma, os princípios da boa-fé e da probidade foram expressamente acolhidos como princípios diretivos das relações contratuais pelo Código Civil de 2002.

A boa-fé pode ser constatada sob as concepções objetiva ou subjetiva. Nelson Melo de Moraes Rêgo (2009, p. 23), ao diferenciar a boa-fé objetiva da boa-fé subjetiva, afirma que

Aquela constitui um princípio norteador da conduta das partes, um padrão objetivo de comportamento e, concomitantemente, um critério normativo da sua valoração; ao que esta se reporta a um elemento intencional individual, exprimindo um estado ou situação de espírito que envolve o convencimento ou consciência de se ter um comportamento em conformidade com o direito.

Em sua concepção subjetiva, a boa-fé está ligada a um elemento intencional do indivíduo, alicerçada no convencimento ou consciência de se ter um comportamento em conformidade com o direito (RÊGO, 2009, p. 23).

Considera-se nesta diferenciação um fator ético que passa a integrar a norma de direito no âmbito dos contratos, ao nos assegurar o acolhimento do que é lícito e do que é ilícito.

A boa fé como princípio contratual é objetiva, por ser alusiva a um padrão comportamental a ser seguido baseado na lealdade, impedindo o exercício abusivo de direito por parte dos contratantes no cumprimento da obrigação principal e dos deveres anexos, tais como de informar, de colaborar e de atuação diligente.

Sobre a boa-fé nos contratos, Fábio Ulhoa Coelho (2012, p. 46) assevera:

Agir de boa-fé, entenda-se, não significa passar a defender, nas negociações, o interesse do outro contratante. Isso não se exige de ninguém e seria um extraordinário contrassenso: cada um continua perseguindo os seus próprios interesses ao contratar e não precisa abrir mão deles. É necessário, contudo, que as partes nutram um mútuo respeito, que prestem sempre informações completas, claras e verdadeiras, não enganem nem busquem ocultar com subterfúgios aspectos essenciais ao negócio.

O intérprete lança mão da boa-fé objetiva na verificação do caso em si, utilizando-a como um modelo. Funciona como uma espécie de pré-condição ideal, justa, a qual o caso deve se amoldar, e aponta para um comportamento fiel, leal, na atuação de cada uma das partes contratantes, com a finalidade de garantir o respeito ao direito da outra. Visa, assim, garantir que a ação ou conduta das partes contratantes seja pautada de forma adequada e justa sem qualquer abuso à outra parte envolvida na relação estabelecida (NUNES, 2009, p. 135).

O contratante deve agir de boa-fé em todas as etapas da relação contratual, das negociações até a execução, e se não o faz, incorre em ato ilícito, pois descumpre uma obrigação imposta pela lei.

O Código Civil também faz referência ao contrato de adesão, figura que foi primeiramente prevista pelo CDC. No Código Civil de 2002, as disposições referentes aos contratos de adesão estão consagradas nos arts. 423 a 424, na parte das “Disposições Gerais”, Capítulo I do Título V, “Dos Contratos em Geral”.

Art. 423. Quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente.
Art. 424. Nos contratos de adesão, são nulas as cláusulas que estipulem a renúncia antecipada do aderente a direito resultante da natureza do negócio.

Os contratos por adesão, segundo Maria Helena Diniz (2012, p. 107), constituem uma oposição ao contrato paritário, por inexistir a liberdade de convenção, uma vez que excluem a possibilidade de qualquer transigência entre as partes. Um dos contratantes adere a uma situação contratual já definida em todos os seus termos e apenas se limita a aceitar as cláusulas e condições previamente redigidas e impressas pelo outro.

“O contrato por adesão é regido pelo princípio da legitimidade da intervenção controladora, que se manifesta da interpretação das cláusulas dúbias, aplicando-se a norma da *interpretatio contra stipulatorem* (CC, art. 423)” (DINIZ, 2012, p. 117), ou seja, sua interpretação deverá ser mais favorável ao aderente.

Como explica o Enunciado nº 171 da II Jornada de Direito Civil, já mencionada neste trabalho: “171. Art. 423: O contrato de adesão, mencionado nos arts. 423 e 424 do novo Código Civil, não se confunde com o contrato de consumo.”

Certo é que o contrato de adesão não acontece somente em relação de consumo, porém todos os que envolvem relações entre fornecedor de produto e/ou serviço e o consumidor estão sujeitos à disciplina da lei de proteção ao consumidor.

5 APONTAMENTOS SOBRE CONTROVÉRSIAS COMUNS ENTRE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE E SEUS CONSUMIDORES

Como afirmam Esmeraldi e Lopes (2015, p. 210) de forma ainda bastante expressiva, “o novo quadro legislativo definido desde a Lei nº 9.656/98 vem revelando a existência, ainda que remanescente, de situações conflituosas tanto na celebração como na execução dos contratos” de planos de saúde as quais merecem atenção e controle tanto da ANS, enquanto instância reguladora, quanto do Poder Judiciário, enquanto controlador e solucionador de controvérsias.

São frequentes controvérsias que dizem respeito à celebração, renovação e suspensão de contratos, bem como as relacionadas à cobertura contratual e respectivo atendimento, exclusões de procedimentos, cobertura de certas patologias por serem preexistentes entre outras.

Pretende-se aqui, fazer uma breve abordagem em relação a alguns exemplos de controvérsias levadas ao Judiciário.

- Cobertura de doença preexistente

Antes da disciplina da Lei nº 9.656/98, os planos de saúde tinham a opção de não oferecer cobertura às doenças que o aderente já apresentasse no momento da contratação. Com a edição da referida lei, as exclusões de cobertura às doenças ou lesões preexistentes (DLP) tornaram-se proibidas. Assim dispõe seu artigo 11:

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

Conforme se deduz da leitura do supracitado artigo, é permitido um período de vinte e quatro meses de carência a partir da vigência do contrato para a cobertura dessas doenças, situação denominada Cobertura Parcial Temporária (CPT). Ou seja, as cirurgias, internações e procedimentos de alta complexidade que tenham relação direta com a doença ou lesão preexistente do consumidor terão suas coberturas temporariamente excluídas.

Após transcorridos os vinte e quatro meses, é vedada restrição à cobertura contratada, mesmo no que diz respeito à doença ou lesão preexistente.

Contudo, para efeitos da aplicação do período de carência de vinte e quatro meses, a doença considerada preexistente é aquela que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador à época da contratação, em outras palavras, se o consumidor não tiver conhecimento do problema, a doença não será considerada preexistente. O beneficiário ou seu dependente que saiba ser portador de uma doença ou lesão, no ato da contratação do plano, estará sujeito à cobertura parcial temporária.

É permitido à operadora exigir do usuário a declaração individual de saúde no ato da contratação, e é dever do consumidor informar a existência de doença que saiba ser portador, se não faz, age de má-fé. Porém, cabe à operadora o ônus de provar e demonstrar o conhecimento prévio desse usuário sobre sua patologia. Se a operadora agiu com negligência ao contratar, sem tomar medidas para investigar se o contratante já era portador de doença ou lesão no momento da contratação, não poderá deixar de cobrir a situação.

É nesse sentido os seguintes posicionamentos do STJ:

PLANO DE SAÚDE. OBESIDADE MÓRBIDA. GASTROPLASTIA. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE. PRAZO DE CARÊNCIA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO.

1. "O ponto omissis da decisão, sobre o qual não foram opostos embargos declaratórios, não pode ser objeto de recurso extraordinário, por faltar o requisito do prequestionamento" (Súmula 356 /STF).

2. A gastroplastia, indicada como tratamento para obesidade mórbida, longe de ser um procedimento estético ou mero tratamento emagrecedor, revela-se como cirurgia essencial à sobrevivência do segurado, vocacionada, ademais, ao tratamento das outras tantas co-morbidades que acompanham a obesidade em grau severo. Nessa hipótese, mostra-se ilegítima a negativa do plano de saúde em cobrir as despesas da intervenção cirúrgica.

3. Ademais, não se justifica a recusa à cobertura de cirurgia necessária à sobrevivência do segurado, ao argumento de se tratar de doença pré-existente, quando a administradora do plano de saúde não se precaveu mediante realização de exames de admissão no plano, sobretudo no caso de obesidade mórbida, a qual poderia ser facilmente detectada.

4. No caso, tendo sido as declarações do segurado submetidas à apreciação de médico credenciado pela recorrente, por ocasião do que não foi verificada qualquer incorreção na declaração de saúde do contratante, deve mesmo a seguradora suportar as despesas decorrentes de gastroplastia indicada como tratamento de obesidade mórbida.

5. Recurso não provido. (REsp 980326 / RN, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 01/03/2011, DJe 04/03/2011).

Ainda:

PROCESSO CIVIL. DIREITO CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE E DOENÇA PREEXISTENTE E NÃO DIAGNOSTICADA. AUSÊNCIA DE MÁ-FÉ. DEVER DE ASSISTÊNCIA.

ATENDIMENTO DOMICILIAR NÃO EXCLUÍDO DA COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO.

1. O acórdão estadual está em harmonia com o entendimento adotado neste Sodalício, no sentido de que a doença preexistente só pode ser oposta pela seguradora ao segurado mediante a realização de prévio exame médico ou prova inequívoca de sua má-fé o que, na espécie, não ocorreu. Precedentes.

2. A análise das razões recursais e a reforma do aresto hostilizado, com a desconstituição de suas premissas como pretende o recorrente, demandaria reexame de todo âmbito da relação contratual estabelecida e incontornável incursão no conjunto fático-probatório dos autos, o que esbarra nas Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

3. Agravo regimental não provido. (AgRg no AREsp 657777 / RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 07/04/2015, Dje 14/04/2015).

- Limitação do tempo de internação hospitalar

A limitação do tempo de internação era uma prática corriqueira das operadoras de planos de saúde. A fim de evitar tais atos abusivos, a Lei nº 9.656/98 estabeleceu em seu artigo 12, inciso, alíneas “a” e “b”:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

[...]

II - quando incluir internação hospitalar:

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

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, **vedada a limitação de prazo**, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; [grifo nosso]

Assim, para os contratos com cobertura hospitalar, é proibida a limitação de tempo de internação, inclusive em unidade de terapia intensiva. Nesse sentido:

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO TEMPORAL DE INTERNAÇÃO. CLÁUSULA ABUSIVA. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, ART. 51-IV. UNIFORMIZAÇÃO INTERPRETATIVA. PREQUESTIONAMENTO IMPLÍCITO. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

I - É abusiva, nos termos da lei (CDC, art. 51, IV), a cláusula prevista em contrato de seguro-saúde que limita o tempo de internação do segurado.

II - Tem-se por abusiva a cláusula, no caso, notadamente em face da impossibilidade de previsão do tempo da cura, da irrazoabilidade da suspensão do tratamento indispensável, da vedação de restringir-se em contrato direitos fundamentais e da regra de sobredireito, contida no art. 5º da Lei de Introdução ao Código Civil, segundo a qual, na aplicação da lei, o

juiz deve atender aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum.

III - Desde que a tese jurídica tenha sido apreciada e decidida, a circunstância de não ter constado do acórdão impugnado referência ao dispositivo legal não é obstáculo ao conhecimento do recurso especial (REsp 251024 / SP, Rel. Min. SÁLVIO DE FIGUEIREDO TEIXEIRA, julgado em 27/09/2000, DJ 04/02/2002)

Sobre o tema, o STJ já considerou, quando da edição da Súmula nº 302, “abusiva a cláusula contratual que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA LIMITATIVA DO TEMPO DE INTERNAÇÃO EM UTI. ABUSIVIDADE MANIFESTA. SÚMULA Nº 302/STJ. COMUNICAÇÃO DE QUE O PRAZO DE INTERNAÇÃO ESCOOU. NÃO-INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO. DANO MORAL INEXISTENTE. MERO DISSABOR. PREJUÍZO PATRIMONIAL NÃO-DEMONSTRADO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO EM PARTE E, NA EXTENSÃO, PROVIDO.

1. A Segunda Seção desta Corte firmou entendimento segundo o qual são abusivas as cláusulas de contrato de plano de saúde limitativas do tempo de internação, "notadamente em face da impossibilidade de previsão do tempo da cura, da irrazoabilidade da suspensão do tratamento indispensável, da vedação de restringir-se em contrato direitos fundamentais e da regra de sobredireito, contida no art. 5º da Lei de Introdução ao Código Civil, segundo a qual, na aplicação da lei, o juiz deve atender aos fins sociais a que ela se dirige a às exigências do bem comum". Súmula 302/STJ.

2. No caso, porém, a recusa da empresa de saúde não foi materializada por nenhum ato concreto. Limitou-se a prestação de informações de que o plano de saúde não cobria internações em UTI superiores a 10 (dez) dias, sem interrupção do tratamento médico da segurada, não sendo capaz de infligir ao autor sofrimento ou dor moral relevantes além daqueles experimentados pela própria situação de enfermidade pela qual passava sua esposa.

3. Por outro lado, o autor não experimentou qualquer prejuízo pecuniário concreto, mas apenas uma "cobrança amigável" do hospital. Ademais, as instâncias ordinárias não se manifestaram acerca da existência de qualquer dano material, não podendo esta Corte investigar a sua existência sob pena de afronta ao Verbete Sumular nº 7.

4. Especial parcialmente conhecido e, na extensão, provido, apenas para reconhecer a nulidade da cláusula contratual limitativa do tempo de internação. (REsp 361415 / RS, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, QUARTA TURMA, julgado em 02/06/09, DJe 15/06/09).

- Urgência e Emergência

A Lei nº 9.656/98, em seu artigo 35-C define as situações de urgência e emergência, determinando a obrigatoriedade de cobertura para casos que se enquadrem nessas hipóteses.

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

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

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
[...]

Também no artigo 12, inciso V, temos:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

[...]

V - quando fixar períodos de carência:

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

Em situações de urgência e emergência os planos de saúde utilizam corriqueiramente o argumento de que os consumidores estão em período de carência que não abrangeria algum procedimento e/ou cirurgia ou negam algum método ou procedimento, sob a alegação de ausência de cobertura contratual.

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÕES EMERGENCIAIS GRAVES. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. (...) o segurado veio a necessitar de **atendimento hospitalar emergencial**, porquanto, com histórico de infarto, devidamente informado à seguradora por ocasião da assinatura do contrato de adesão, experimentou mal súbito que culminou na sua internação na UTI. III - Diante desse quadro **não poderia a seguradora ter recusado cobertura, mesmo no período de carência**. IV - Recurso Especial provido". (REsp 1055199/SP, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 03/05/2011, DJe 18/05/2011) [grifo nosso].

- Alteração Unilateral do Contrato

A Lei nº 9.656/98, em seu artigo 13, parágrafo único, inciso II, informa que a suspensão ou rescisão unilateral nos contratos individuais é vedada, mas pode ocorrer quando existir fraude por parte do usuário ou inadimplemento da mensalidade por período superior a 60 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.

À luz do que determina o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 51, inciso XIII, são consideradas abusivas e nulas de pleno direito as cláusulas que

autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração.

Ainda, pela disciplina do CDC:

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

[...]

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

[...]

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e o conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

Somente nos casos permitidos na Lei nº 9.656/98, ou seja, em caso de fraude ou de falta de pagamento por período superior a sessenta dias será permitida a rescisão ou suspensão do contrato por parte da operadora, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia

PLANO DE SAÚDE. INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS. NOTIFICAÇÃO PRÉVIA. RESCISÃO UNILATERAL. POSSIBILIDADE.

1. A rescisão unilateral do contrato de plano de saúde individual, nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998 independe da propositura de ação judicial.

2. Recurso especial conhecido e provido. (REsp 957900 / SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 17/11/2011, DJe 25/11/2011).

Não prevalece, portanto, a rescisão contratual sob outras alegações, e nesse sentido:

CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA ABUSIVA. NULIDADE. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA SEGURADORA. LEI 9.656/98.

É nula, por expressa previsão legal, e em razão de sua abusividade, a cláusula inserida em contrato de plano de saúde que permite a sua rescisão unilateral pela seguradora, sob simples alegação de inviabilidade de manutenção da avença. Recurso provido. (REsp 602397 / RS, Rel. Ministro CASTRO FILHO, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/06/2005, DJe 01/08/2005).

É necessário lembrar que a regra que consta no artigo 13, inciso II, é aplicável aos contratos individuais ou familiares, não sendo aplicável aos contratos coletivos, seja de adesão ou empresariais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notável em nosso país o crescimento do setor de saúde suplementar. Pode-se atribuir como um dos fatores para esse fato a incapacidade visível do Sistema Único de Saúde de prestar serviços de maneira eficiente à totalidade da demanda pelos mesmos.

É inegável também a insatisfação cada vez maior dos usuários do sistema de saúde suplementar. As dificuldades enfrentadas pelos usuários para marcação de consultas, exames, internação ou mesmo a negativa injustificada pelo plano de saúde de autorização para realização de determinados procedimentos são exemplos de transtornos frequentes enfrentados por esses usuários.

O contrato de plano de saúde é típico contrato de consumo, uma vez que se adequa ao que estabelece o Código de Defesa do Consumidor para caracterização da relação consumerista.

Dessa forma, a relação contratual nos planos de saúde merece a aplicação da disciplina do Código de Defesa do Consumidor. A própria Lei nº 9.656/98 que disciplina as atividades desse setor reconhece a aplicação do CDC na relação. No entanto, a mesma atribui ao diploma de proteção do consumidor aplicação subsidiária.

O CDC é considerado norma especial por seu objeto, já que destinado especificamente à proteção do consumidor nas relações de consumo e não aplicável a demais relações negociais. Pode ser aplicada a todas as relações jurídicas que, mesmo envolvendo a prestação de variados produtos e serviços, possam ser enquadradas no seu artigo 2º. Assim, pode-se dizer que o CDC será aplicado de forma complementar à Lei nº 9.656/98 quando se referir a questões relacionadas à proteção do consumidor desses serviços.

Os tribunais vêm, em suas decisões, reconhecendo a aplicação do CDC aos contratos de plano de saúde, o que culminou em entendimento sumulado do Superior Tribunal de Justiça sobre o tema.

O conjunto de princípios incorporados à teoria geral dos contratos pelo CDC com fundamento na Constituição Federal de 1988, lança novos ângulos sobre a interpretação dos contratos de planos de saúde. Não devem ser consideradas como obrigações das operadoras apenas aquilo que está expressamente contido no contrato, sendo necessário considerar os vários princípios incidentes nessa relação

de consumo, como a livre iniciativa, o direito à saúde, a vulnerabilidade do consumidor, a boa-fé objetiva, entre outros, para, assim, alcançar a harmonização dos interesses dos participantes dessa relação.

Portanto, tudo o que prescreve o CDC para a proteção do consumidor forma um arcabouço protetivo que pode e deve ser aplicado aos contratos de plano de saúde. Cita-se as situações que envolvem os direitos à modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou mesmo sua revisão em razão de fatos que as tornem excessivamente onerosas; ainda, no que se relaciona à prevenção de danos patrimoniais e morais; ou à facilitação para o consumidor da defesa dos seus direitos; bem como no que se relaciona à interpretação mais favorável das cláusulas contratuais e à nulidade das cláusulas abusivas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Livro_Manual_AtencaoSaude.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Cláudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de Direito do Consumidor**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 13 ago. 2016.

_____. **Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2001. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_ans_vol_1.pdf> Acesso em: 29 ago. 2016.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 469**. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. Disponível em:

<<http://www.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?&b=TEMA&p=true&t=&l=50&i=101&ordem=-@SUB#TIT111TEMA0>> Acesso em: 12 ago. 2016.

COELHO, Fábio Ulhôa. **Curso de Direito Civil: contratos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

COGO JR., Agenor Domingos Lovato. **Os contratos de prestação de serviços de saúde à luz do princípio da dignidade da pessoa humana**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp139563.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_12.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

COSTA, Francisco Ricardo Sales. **Direito contratual frente ao Código de Defesa do Consumidor e Código Civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

DINIZ, Maria Helena Diniz. **Curso de Direito Civil Brasileiro, volume 3: teoria das obrigações contratuais e extracontratuais**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

ESMERALDI, Renata Maria Gil da Silva Lopes; LOPES, José Fernando da Silva. **Planos de Saúde no Brasil: doutrina e jurisprudência**. São Paulo: Saraiva, 2015.

GAMA, Anete Maria et al. **O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil**. [200 -]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Artigo_O_espaco_da_regulamentacao_dos_planos_e_seguros_de_saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de Direito Previdenciário**. 15. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Impetus, 2010.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 18. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

NASCIMENTO, Carlos Valder do. Direito Fundamental à Saúde. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva; MENDES, Gilmar Ferreira; NASCIMENTO, Carlos Vader do (Org.). **Tratado de Direito Constitucional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. v. 2, p. 379-437.

NUNES, Luis Antônio Rizzatto. **Comentários à lei de plano privado de assistência à saúde**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

_____. **Curso de Direito do Consumidor**. 7. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 18. n. 4. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400009>. Acesso em: 16 ago. 2016.

PORTO, Pedro Rui de Fontoura. **Direitos fundamentais sociais:** considerações acerca da legitimidade política e processual do Ministério Público e do sistema de justiça para sua tutela. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

RÊGO, Nelson Melo de Moraes. **Da boa-fé objetiva nas cláusulas gerais de direito do consumidor e outros estudos consumeristas.** Rio de Janeiro: Forense, 2009.

RIBAS, Barbara Kirchner Corrêa. **Processo regulatório em Saúde Suplementar:** dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da saúde. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

RULLI NETO, Antonio. **Função Social do Contrato.** São Paulo: Saraiva, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO; Mariana Filchtiner. **O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional:** uma visão geral sobre o sistema (público e privado) de saúde no Brasil. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/ppgfiles/files/fdppg/ppgd/bibliografia_ingo.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à saúde no âmbito privado:** contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde. São Paulo: Saraiva, 2010.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 25. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

STOLZE, Pablo Gagliano; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil, volume IV:** contratos, tomo I: teoria geral. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

TOLEDO, Gastão Alves de. Ordem Econômica e Financeira. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva; MENDES, Gilmar Ferreira; NASCIMENTO, Carlos Vader do (Org.). **Tratado de Direito Constitucional.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. v. 2, p. 334-378.

TRETTEL, Daniela Batalha; SILVA, Juliana Pereira da (Coord.); OLIVA, Amaury Martins de (Coord.). **Manual de planos de saúde.** Brasília: Secretaria Nacional do Consumidor, 2014.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil:** teoria geral das obrigações e teoria geral dos contratos. 7. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007. v. 2.

VITORINO, Odair Márcio. Arts. 6º a 11. In: MACHADO, Costa (Org.); FERRAZ, Anna Candida da Cunha (Coord.) **Constituição Federal Interpretada:** artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. 5. ed. São Paulo: Manole, 2014.

ANEXOS

8.1 — Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Publicado no DOU em 04 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 20 ago. 2016.

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) reembolso de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Art. 2º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 4º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 5º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

Art. 6º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 7º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; (Redação dada pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º 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. (Incluído pela Lei nº 10.223, de 2001)

Art. 10-B. 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. (Incluído pela Lei nº 12.738, de 2012) (Vigência)

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; (Incluído pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de

procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar; (Incluído pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

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

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS. (Incluído pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. (Incluído pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

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

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

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

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

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

Art. 14. 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vide Lei nº 12.764, de 2012)

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) individual ou familiar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) coletivo empresarial; ou (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) coletivo por adesão; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. (Redação dada pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excetua-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - nome da entidade a ser excluída; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem: (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados; (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados; (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora; (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: (Redação dada pela Lei nº 13.003, de 2014)

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput**, a partir de 2 de janeiro de 1999. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - nome fantasia; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - CNPJ; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - endereço; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - telefone, fax e e-mail; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - razão social da operadora ou da administradora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - CNPJ da operadora ou da administradora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - nome do produto; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - âmbito geográfico de cobertura; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - faixas etárias e respectivos preços; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos

produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexos de causalidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos,

fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 28.-(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - multa de mora de dez por cento (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O disposto no **caput** não se aplica às entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação que, na data da publicação desta Lei, já exerciam outras atividades em conjunto com as relacionadas à assistência à saúde, nos termos dos pertinentes estatutos sociais. (Incluído pela Lei nº 13.127, de 2015)

§ 2º As entidades de que trata o § 1º poderão, desde que a hipótese de segregação da finalidade estatutária esteja prevista ou seja assegurada pelo órgão interno competente, constituir filial ou departamento com número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sequencial ao da pessoa jurídica principal. (Incluído pela Lei nº 13.127, de 2015)

§ 3º As entidades de que trata o § 1º que optarem por proceder de acordo com o previsto no § 2º assegurarão condições para sua adequada segregação patrimonial, administrativa, financeira e contábil. (Incluído pela Lei nº 13.127, de 2015)

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aprovar o contrato de gestão da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) aspectos econômico-financeiros; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência) (composição: vide Dec.4.044, de 2001)

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - da Saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - da Fazenda; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - da Justiça; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Quando deliberar **ad referendum** do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

III - de planejamento familiar. (Incluído pela Lei nº 11.935, de 2009)

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177ª da Independência e 110ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornélas

José Serra