

Planos de Saúde: entendimento jurisprudencial dominante nos Tribunais estaduais brasileiros

Health Insurance Plans: precedents of the Brazilian State Courts

Marcia Vieira da Motta¹, Monica Vieira da Motta Piacsek²

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v24i1p29-43>

Motta MV, Piacsek MVM. Planos de Saúde: entendimento jurisprudencial dominante nos Tribunais estaduais brasileiros. Saúde, Ética & Justiça. 2019;24(1):29-43.

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo realizar o levantamento das súmulas editadas pelos Tribunais brasileiros na área da saúde por meio de pesquisa nos sítios institucionais de todos os Tribunais das unidades federais e Distrito Federal. Foram encontradas cinquenta e sete súmulas sobre a matéria, distribuídas entre os Tribunais da Bahia (1), do Piauí (1), do Rio Grande do Sul (1), do Ceará (2), de Goiás (3), do Rio Grande do Norte (3), do Pará (4), de Pernambuco (12), do Rio de Janeiro (15), e de São Paulo (15). Versavam sobre vinte e quatro temas diferentes na área da saúde, sendo que os enunciados sobre o mesmo mérito em estados diferentes mantiveram a mesma inteligência, exceto as súmulas sobre a aplicação da normativa relativa aos ajustes econômicos dos planos de saúde: se Estatuto do Idoso, Código de Defesa do Consumidor ou a Lei n. 9.656 de 1998.

DESCRITORES: Súmulas, Direito Médico, Planos de Saúde/legislação & jurisprudência; Judicialização da Saúde.

¹ Professora da Especialização em Perícias Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho. E-mail: marcia.motta@gmail.com

² Advogada e Mestre em Administração de Empresas. E-mail: monica.piacsek@gmail.com

Endereço para correspondência: Marcia Vieira da Motta. E-mail: marcia.motta@gmail.com

INTRODUÇÃO

A adoção de idêntica interpretação de preceito jurídico em tese com intuito de uniformizar a jurisprudência de um mesmo tribunal, exceto no Supremo Tribunal Federal (STF), tem caráter persuasivo e não obrigatório¹. Estas decisões, editadas na forma de súmulas, registram o que seria o entendimento majoritário ou mesmo pacífico sobre um tema dentro de uma corte, tornando-o público. Assim, sinalizam às instâncias inferiores que decisões contrárias têm maior probabilidade de serem reformadas quando o enunciado for contrário².

Etimologicamente, o termo súmula deriva do latim *summa* que seria um trabalho que sintetiza a essência de uma área ou de um tema trazendo celeridade e otimização ao judiciário, buscando uma menor discrepância entre os julgados³. As súmulas dos Tribunais inferiores atuam apenas como diretriz aos magistrados, que têm liberdade de decidir conforme sua própria convicção sobre os fatos, nos termos da lei, uma vez que, seguindo a tradição romano-germânica, o direito brasileiro sustenta-se historicamente em atos normativos advindos do legislativo.

Nesse sentido, o instituto, que hoje tem previsão na Constituição Federal e nos regimentos internos dos Tribunais brasileiros surgiu pelas mãos do Ministro Victor Nunes Leal como emenda ao regimento interno do STF, ainda em 1963, entrando em vigor no ano seguinte, com 370 enunciados⁴. À época, trazia duas grandes inovações: divulgação das decisões da corte e agilidade para a tomada de decisões em processos repetitivos. Segundo ele, a mudança se fazia necessária tendo em vista o desconhecimento por parte dos ministros quanto ao conteúdo das decisões proferidas pelo STF e o excesso de julgamentos⁵.

Não via os enunciados como entendimentos finitos, mas como expressão da orientação dominante em determinado período de tempo, passíveis de reformulação, como uma teoria que se aperfeiçoa com o tempo⁵. A inovação difundiu-se também nos Tribunais inferiores, atuando como elemento de estabilidade e segurança do ordenamento jurídico, mesmo sem o caráter vinculante. Passou a ter expressa previsão legal por meio do Código de Processo Civil⁶:

Art. 926. Os Tribunais devem uniformizar sua jurisprudência e mantê-la estável, íntegra e coerente.

§1º Na forma estabelecida e segundo os pressupostos fixados no regimento interno, os Tribunais editarão enunciados de súmula correspondentes a sua jurisprudência dominante.

§2º Ao editar enunciados de súmula, os Tribunais devem ater-se às circunstâncias fáticas dos precedentes que motivaram sua criação.

Paralelamente, o mercado de planos de saúde avançou no país, tendo sua regulamentação surgido tardiamente, apenas em 1998, com a edição da Lei n. 9.656 corroborada pelas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão criado posteriormente^{7,8}. Sendo a saúde suplementar garantida constitucionalmente mediante a oferta de serviços de assistência privados, com o entendimento de que se aplicavam às demandas desta natureza o Código do Consumidor (CDC), rapidamente os usuários encontraram o caminho da judicialização para resolver suas reclamações⁹. E não são poucos. Em 2017, mais de 47 milhões de brasileiros possuíam planos e saúde¹⁰.

Sendo as súmulas representativas do entendimento dominante nos Tribunais, o objetivo deste trabalho foi analisar e comparar as súmulas encontradas nos Tribunais de Justiça brasileiros na área de saúde suplementar.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada busca ativa das súmulas nos sítios institucionais dos Tribunais de Justiça dos estados brasileiros e do Distrito Federal (Quadro 1). Todas as súmulas vigentes da área civil foram lidas na íntegra para a identificação daquelas relativas a planos de saúde. Os resultados foram organizados em tabelas, contendo: número da súmula, assunto e enunciado.

RESULTADOS

A busca em todos os Tribunais estaduais permitiu a recuperação de 57 súmulas de acordo com a metodologia estabelecida. Na área da saúde, foram encontrados enunciados nos Tribunais da Bahia (1), do Piauí (1), do Rio Grande do Sul (1), do Ceará (2), de Goiás (3), do Rio Grande do Norte (3), do Pará (4), de Pernambuco (12), do Rio de Janeiro (15), e de São Paulo (15). A análise do conteúdo das súmulas permitiu sua organização em torno de 24 temas: fornecimento de próteses, fornecimento de *stents*, fornecimento de quimioterápicos, cláusula contratual restritiva do uso de materiais, dano moral pela recusa da oferta ou autorização de serviço, *home care*, recusa de atendimento em situação de emergência, urgência e em período de carência, solidariedade entre pessoas jurídicas e físicas na prestação do tratamento, configuração de conglomerado econômico, abusividade nos reajustes de valores, divergência entre o plano de tratamento do médico assistente e o auditor do plano de saúde, antecipação de tutela, doença pré-existente, limitação de tempo de internação, obesidade mórbida, internação de dependente químico, prazo prescricional para ressarcimento de valores pelo plano de saúde, rescisão unilateral do contrato, indicação médica e cobertura de exames, código de defesa do consumidor, legitimidade ativa, recusa de prestação de serviço não incluído no rol da ANS e superveniência de aposentadoria em plano coletivo.

Quadro 1 - Endereço eletrônico dos Tribunais de Justiça dos estados brasileiros e Distrito Federal

Tribunal de Justiça (UF)	Endereço eletrônico
Acre	https://www.tjac.jus.br/sigan/?tax=tipo_sigan-sumulas
Alagoas	http://www.tjal.jus.br/
Amapá	http://www.tjap.jus.br/portal/consultas/sumulas/30-sumulas-tribunal.html?start=20
Amazonas	http://www.tjam.jus.br/
Bahia	http://www5.tjba.jus.br/index.php?option=com_content&view=article&id=93862
Ceará	http://www.tjce.jus.br/institucional/consultas-sumulas/
Distrito Federal	https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/sumulas/sumulas-do-tjdft/sumulas-do-tjdft
Espírito Santo	http://www.tjes.jus.br/institucional/vice-presidencia/sumulas/
Goiás	https://www.tjgo.jus.br/index.php/2-uncategorised/3222-sumulas
Maranhão	http://www.tjma.jus.br/tj/publicacoes/sessao/1838
Mato Grosso	http://jurisprudencia.tjmt.jus.br/sumulas
Mato Grosso do Sul	http://www.tjms.jus.br/sumulas/index.php
Minas Gerais	http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/sumulas.do
Pará	http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Acordaos-e-Jurisprudencia/1042-Sumulas.xhtml
Paraíba	https://www.tjpb.jus.br/servicos/jurisprudencia/sumulas-e-precedentes
Paraná	https://www.tjpr.jus.br/jurisprudencia-sumulas
Pernambuco	http://www.tjpe.jus.br/sumulas
Piauí	http://www.tjpi.jus.br/site/uploads/noticias/anexos/2089_145.pdf
Rio de Janeiro	http://portaltj.tjrj.jus.br/documents/10136/18187/sumulas.pdf?v=03
Rio Grande do Norte	http://www.tjrn.jus.br/index.php/judicial/sumulas
Rio Grande do Sul	https://www.tjrs.jus.br/site/jurisprudencia/sumulas/sumulas_do_tribunal_de_justica/?print=true
Rondônia	https://www.tjro.jus.br/resp-sumulas#?pparentid=530&menuType=jurisprudencia
Roraima	http://www.tjrr.jus.br/
Santa Catarina	https://www.tjsc.jus.br/web/jurisprudencia/sumulas
São Paulo	http://www.tjsp.jus.br/Download/SecaoDireitoPrivado/Sumulas.pdf
Sergipe	http://www.tjse.jus.br/portal/publicacoes/sumulas
Tocantins	http://jurisprudencia.tjto.jus.br/

Fornecimento de próteses

Foram encontradas três súmulas sobre o fornecimento de prótese, no TJERJ, TJPE e TJPA (Quadro 2). Na do Rio de Janeiro, o foco centra-se nas próteses penianas e mamárias e na de Pernambuco e do Pará, a abrangência é maior: abarca não só as próteses como as órteses, desde que vinculadas a procedimento cirúrgico. No estado do Rio de Janeiro, a cobertura de órteses é prevista em outra Súmula, relacionada no item específico sobre a matéria.

Fornecimento de *stents*

A cobertura do fornecimento de *stents* está prevista nos Tribunais de Rio de Janeiro, de São Paulo e de Pernambuco, sendo que as súmulas consideram textualmente abusiva qualquer cláusula que negue a cobertura (Quadro 3). No Rio de Janeiro, a súmula é abrangente, considerando qualquer tipo de órtese. Os fundamentos legais são os mesmos da negativa de fornecimento de próteses.

Quadro 2 - Súmulas encontradas nos Tribunais brasileiros relativas ao fornecimento de próteses

TJERJ	TJPE
341. É abusiva a recusa pelo plano de saúde, ressalvadas hipóteses de procedimentos eminentemente estéticos, ao fornecimento de próteses penianas e mamárias imprescindíveis ao efetivo sucesso do tratamento médico coberto.	54. É abusiva a negativa de cobertura de próteses e órteses, vinculadas ou consequentes de procedimento cirúrgico, ainda que de cobertura expressamente excluída ou limitada, no contrato de assistência à saúde.
TJPA	
30. Ainda que o contrato seja firmado posteriormente à lei 9.656, é abusiva a negativa de cobertura de próteses, órteses e materiais especiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico.	

Quadro 3 - Súmulas encontradas nos Tribunais brasileiros relativas ao fornecimento de *stents*

TJERJ	TJPE
112. É nula, por abusiva, a cláusula que exclui de cobertura a órtese que integre, necessariamente, cirurgia ou procedimento coberto por plano ou seguro de saúde, tais como “stent” e marcapasso.	11. É abusiva a negativa de cobertura de stent, ainda que expressamente excluída do contrato de assistência à saúde.
TJSP	
93. A implantação de “stent” é ato inerente à cirurgia cardíaca/vascular, sendo abusiva a negativa de sua cobertura, ainda que o contrato seja anterior à Lei 9.656/98.	

De acordo com a Agência Nacional de Saúde, todas as órteses e próteses cuja colocação exija a realização de procedimento cirúrgico têm cobertura obrigatória nos planos de saúde recentemente regulamentados desde que estes estejam listados no Anexo I da Resolução Normativa da ANS n. 387 (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde)^{11,12}. Deve o médico assistente especificar em detalhes o material sendo implantado (dimensões, material de fabricação e tipo). Se solicitado, deve fornecer a justificativa clínica, e cabe ao profissional a prerrogativa quando a indicação de pelo menos 3 marcas, se disponíveis. É imprescindível que tenham registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A ANS estabelece que age em consonância com a Resolução CFM nº 1.956/2010, em que se afirma não haver “justificativa para o médico excluir marca comercial de produtos e/ou instrumentos para procedimentos, sendo garantido a ele o conhecimento antecipado de cadastro destes no âmbito do seu trabalho”¹³. Materiais oriundos de outros países, mas que possuem registro válido na Anvisa são “considerados nacionalizados e, por este motivo, contam com cobertura pelos planos de saúde”.

Fornecimento de quimioterápicos

Apenas uma súmula tratou do assunto, a de número 95 do Tribunal de Justiça de São Paulo, indicando prevalecer o fornecimento de tratamento desde que com expressa prescrição médica (Quadro 4).

Quadro 4 - Enunciado da súmula do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo referente ao fornecimento de quimioterápicos

TJSP
95. Havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura do custeio ou fornecimento de medicamentos associados a tratamento quimioterápico

Cláusula quanto aos materiais

Sobre a exclusão de materiais necessários para o tratamento de uma determinada patologia, houve manifestação apenas do Tribunal do Rio de Janeiro, concluindo ser abusiva qualquer cláusula neste sentido (Quadro 5).

Quadro 5 - Enunciado da súmula do TJERJ que trata da abusividade de cláusula referente à exclusão de materiais exigidos para o tratamento de determinada doença

TJERJ
340. Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento da doença coberta pelo plano.

O dano moral aparece em seis súmulas dos Tribunais brasileiros (TJERJ, TJPE e TJGO) reconhecendo o dano *in re ipsa* relativo à negativa de autorização de tratamento indevida, injustificada ou baseada em cláusula abusiva. Os enunciados baseiam-se no artigo 14 do CDC bem como nos incisos V e X do artigo 5º da Constituição Federal que asseguraram a indenização por dano moral como forma de compensação à agressão infringida à dignidade humana, fora dos parâmetros de normalidade e equilíbrio⁴⁹. Entendem como pacífico que a recusa indevida ou injustificada não é apenas um mero aborrecimento.

Dano moral pela recusa em oferecer/autorizar serviço

Quadro 6 - Enunciado das súmulas dos Tribunais brasileiros que tratam do dano moral relativo à negativa de cobertura

TJGO	TJPE
15. A recusa indevida ou injustificada, pela operadora de planos de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico enseja reparação a título de dano moral.	35. A negativa de cobertura fundada em cláusula abusiva de contrato de assistência à saúde pode dar ensejo à indenização por dano moral.
TJERJ	
209. Enseja dano moral a indevida recusa de internação ou serviços hospitalares, inclusive <i>home care</i> , por parte do seguro saúde somente obtidos mediante decisão judicial.	
337. A recusa indevida, pela operadora de planos de saúde, de internação em estado de emergência/urgência gera dano moral <i>in re ipsa</i> .	
339. A recusa indevida ou injustificada, pela operadora de plano de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico enseja reparação a título de dano moral.	
352. É abusiva a cláusula contratual que exclui internação domiciliar e sua recusa configura dano moral.	

Home care

A previsão de tratamento domiciliar pelos planos de saúde é encontrada em enunciados dos Tribunais da Bahia,

Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás, Pará, Rio Grande do Norte, Piauí e Pernambuco (Quadro 7). Neles, considera-se abusiva a cláusula contratual que excluir esse tipo de tratamento, quando ele for expressamente indicado.

Quadro 7 - Enunciados dos Tribunais brasileiros referentes à obrigatoriedade de cobertura de tratamento domiciliar

TJERJ	TJBA
352. É abusiva a cláusula contratual que exclui internação domiciliar e sua recusa configura dano moral	12. Havendo recomendação pelo médico responsável, considera-se abusiva a recusa do plano de saúde em custear tratamento “home care”, ainda que pautada na ausência de previsão contratual ou na existência de cláusula expressa de exclusão.
338. É abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde e a vida do segurado.	
TJPE	TJSP
7. É abusiva a exclusão contratual de assistência médico domiciliar (<i>home care</i>)	90. Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “home care”, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer
TJGO	TJPA
16. É abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando prescrito como essencial para garantir a saúde e a vida do segurado.	28. Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “home care”, revela-se abusiva a cláusula inserida no contrato que exclui a possibilidade da prestação do serviço.
TJPI	TJRN
10. É abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde e a vida do segurado.	24. O serviço de tratamento domiciliar (<i>home care</i>) constitui desdobramento do tratamento hospitalar contratualmente previsto que não pode ser limitado pela operadora do plano de saúde.

Recusa de atendimento em situação de emergência, urgência e em período de carência

Seis Tribunais (Rio de Janeiro, Ceará, São

Paulo, Goiás, Rio Grande do Norte e Pernambuco) possuem enunciados sobre a abusividade da negativa de atendimento em casos de urgência, emergência mesmo que em período de carência (Quadro 8).

Quadro 8 - Enunciados dos Tribunais brasileiros referentes à obrigatoriedade de cobertura de tratamento em casos de urgência, emergência e em período de carência

TJERJ	TJCE
337. A recusa indevida, pela operadora de planos de saúde, de internação em estado de emergência/urgência gera dano moral <i>in re ipsa</i> .	40. É abusiva a negativa de cobertura por plano de saúde em atendimento de urgência ou emergência a pretexto de estar em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei nº 9.656/98.
TJPE	TJSP
136. É abusiva a negativa de internamento para cirurgia de urgência e emergência, ainda que o contrato de assistência à saúde esteja em período de carência.	103. É abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98.
TJGO	TJRN
22. É lícita a cláusula que fixa período de carência em contratos de planos ou seguro de saúde, cuja aplicação resta mitigada nos casos de urgência e emergência, quando a operadora deverá arcar com os custos relativos ao atendimento/tratamento, sob pena de causar gravame indenizável ao segurado.	30. É abusiva a negativa de cobertura pelo plano de saúde de atendimento de urgência ou emergência a pretexto de estar em curso período de carência que não seja o prazo de 24 (vinte e quatro) horas estabelecido no art. 12, V, “c”, da Lei n. 9.656/1998.

Solidariedade entre pessoas jurídicas e físicas na prestação do tratamento

Quando o usuário utilizar profissionais e prestadores de serviços do plano de saúde e não aqueles

de sua livre escolha (por reembolso, por exemplo), em eventual lide judicial, os Tribunais de três estados entendem que o plano responde solidariamente com seus prestadores de serviço em caso de dano ou falha do serviço prestado (Quadro 9).

Quadro 9 - Enunciados dos Tribunais brasileiros em que se prevê solidariedade entre as pessoas físicas e jurídicas prestadoras dos serviços de saúde

TJERJ	TJPE
293. A operadora de plano de saúde responde solidariamente em razão de dano causado por profissional por ela credenciado	172. A operadora de plano de saúde responde solidariamente por falhas nos serviços prestados por médicos e/ou hospitais credenciados.
TJSP	
99. Não havendo, na área do contrato de plano de saúde, atendimento especializado que o caso requer, e existindo urgência, há responsabilidade solidária no atendimento ao conveniado entre as cooperativas de trabalho médico da mesma operadora, ainda que situadas em bases geográficas distintas.	

Configuração de conglomerado econômico

Cooperativas de serviços de seguro de saúde utilizam usualmente prestadores de serviços de uma certa

região geográfica relativa aos cooperados. Entretanto, inclusive em sua propaganda institucional, oferecem serviços de outras cooperativas formando redes de macrorregiões ou mesmo nacionais (Quadro 10).

Quadro 10 - Enunciado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro referente à formação de conglomerado econômico das cooperativas prestadoras de serviço de seguro de saúde

TJERJ
286. A formação de conglomerado econômico, através de cooperativas prestadoras de serviço de seguro saúde, não exclui a solidariedade entre as pessoas jurídicas cooperativadas pelo atendimento ao consumidor titular do contrato de plano de saúde.

Abusividade nos reajustes dos valores dos planos

As súmulas dos Tribunais do Rio de Janeiro, Pará e São Paulo tratam da abusividade do reajuste em razão do Estatuto do Idoso¹⁴ (Quadro 11). O enunciado da súmula do Tribunal do Rio Grande do Sul é mais abrangente e pedagógico, orientando o leitor quanto à variação da interpretação do contrato ao longo dos anos, com a instituição da Lei n. 9.656⁷, do Código do Consumidor⁹ e do Estatuto do Idoso¹⁴.

Quadro 11 - Enunciados dos Tribunais brasileiros referentes a reajustes abusivos

TJERJ	TJSP
214. A vedação do reajuste de seguro saúde, em razão de alteração de faixa etária, aplica-se aos contratos anteriores ao Estatuto do Idoso.	91. Ainda que a avença tenha sido firmada antes da sua vigência, é descabido, nos termos do disposto no art. 15, §3º, do Estatuto do Idoso, o reajuste da mensalidade de plano de saúde por mudança de faixa etária.
TJRS	
20. REAJUSTE DAS CONTRAPRESTAÇÕES DOS PLANOS DE SAÚDE EM RAZÃO DA ALTERAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA <u>Contratos celebrados anteriormente ao CDC</u> - nos contratos de planos de saúde celebrados anteriormente à vigência do Código de Defesa do Consumidor, contendo cláusulas precisas e claras prevendo o reajuste por faixas etárias, impossível revisar o reajuste pactuado com base neste Código. <u>Contratos firmados entre a vigência do CDC e da Lei dos Planos de Saúde</u> - nos contratos com as mesmas características, celebrados posteriormente à vigência do CDC, mas antes do advento da Lei n. 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), é possível limitar o reajuste a 30% nas faixas etárias de sessenta e setenta anos de idade. <u>Contratos pactuados entre a Lei dos Planos de Saúde e o Estatuto do Idoso</u> - nos contratos assinados entre 2 de janeiro de 1999 (vigência da Lei 9.656) e 1º de janeiro de 2004 (data do início da vigência do Estatuto do Idoso), é possível limitar o reajuste a 30% nas faixas etárias de sessenta e setenta anos de idade; nenhum reajuste será aplicável, no entanto, quando o consumidor completar sessenta anos ou mais a contar de 02/01/99 e estiver vinculado ao plano há mais de dez anos. <u>Contratos celebrados posteriormente ao Estatuto do Idoso</u> - nos contratos assinados ou adaptados depois de 1º de janeiro de 2004, não será admissível nenhum reajuste posterior ao implemento de sessenta anos de idade, a não ser a atualização geral autorizada pela ANS incidente sobre todos os contratos, e os reajustes decorrentes de alteração de faixas etárias anteriores ao implemento dessa idade poderão ser revisados com base na RN 63 da ANS e com base nas disposições do CDC. <u>Repetição do Indébito</u> - em se tratando de erro escusável, há de se estabelecer a devolução simples do cobrado indevidamente pelos planos de saúde em razão da inobservância dos critérios enunciados.	
TJPA	
29. Mesmo que o contrato tenha sido firmado antes da vigência do art. 15, §3º, da lei n. 10.741/2003, é descabido o reajuste da mensalidade de plano de Saúde exclusivamente por mudança de faixa etária, com a aplicação de índices desarrazoados ou aleatórios que, sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o segurado, implicando em discriminação do idoso	

Divergência entre o plano de tratamento do médico assistente e o auditor do plano de saúde

Há súmula apenas do Tribunal do Rio de Janeiro sobre a conduta a ser tomada quando houver divergência entre o plano de tratamento do médico assistente e aquele do auditor do plano de saúde, cabendo ao primeiro a decisão sobre o caminho a ser tomado (Quadro 12).

Quadro 12 - Enunciado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro sobre divergência entre o plano de tratamento do médico assistente e do auditor do plano de saúde

TJERJ
211. Havendo divergência entre o seguro saúde contratado e o profissional responsável pelo procedimento cirúrgico, quanto à técnica e ao material a serem empregados, a escolha cabe ao médico incumbido de sua realização.

Antecipação da tutela

O Tribunal do Rio de Janeiro é o único a possuir enunciado tratando da documentação necessária para a autorização da antecipação da tutela em casos de pedidos negados pelo seguro em que o médico assistente requer internação, procedimento cirúrgico ou tratamento. Nestes casos, basta a indicação profissional (Quadro 13).

Quadro 13 - Enunciado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro referente a antecipação de tutela em casos de negativa de autorização pela seguradora

TJERJ
210. Para o deferimento da antecipação da tutela contra seguro saúde, com vistas a autorizar internação, procedimento cirúrgico ou tratamento, permitidos pelo contrato, basta indicação médica, por escrito, de sua necessidade.

Doença pré-existente

Cinco são as súmulas nos Tribunais brasileiros relativas a negativa de cobertura de doenças pré-existentes, todas no sentido da abusividade da conduta (Quadro 14).

Quadro 14 - Enunciados dos Tribunais brasileiros referentes ao exame de doenças pré-existentes previamente ao contrato

TJCE	TJPE
41. Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu do contratante prévio exame médico.	8. É abusiva a negativa de cobertura de doença preexistente, quando o usuário não foi submetido a prévio exame médico, salvo comprovada má-fé.
TJSP	TJRJ
105. Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional.	353. Constitui cláusula abusiva a que recusa cobertura de procedimento cirúrgico complexo relacionado à doença e à lesão preexistente, se delas o beneficiário não tinha conhecimento ou não foi submetido a prévio exame médico
TJRN	
31. A impossibilidade de cobertura de doença preexistente só pode ser oposta pelo plano de saúde ao segurado se tiver havido prévia realização de exame médico ou prova inequívoca de sua má fé.	

Limitação de tempo de internação

Apenas nos Tribunais de São Paulo, Rio de Janeiro e

Pernambuco encontram-se súmulas relativas a limitação de tempo de internação por parte das seguradoras (Quadro 15).

Quadro 15 - Enunciados dos Tribunais brasileiros referentes a cláusula contratual de plano e de limitação do tempo de internação

TJPE	TJSP
9. É abusiva a cláusula que limita o tempo de internação de paciente em unidade de terapia intensiva – UTI.	92. É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita o tempo de internação do segurado ou usuário (Súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça).
TJRJ	
357. É nula cláusula inserida em contrato de plano ou de seguro-saúde, que limita o tempo de cobertura de internação, inclusive para tratamento psiquiátrico ou dependência química.	

Obesidade mórbida – Gastroplastia

A abusividade das cláusulas que negam a cirurgia complementar das gastroplastias foi mencionada em dois Tribunais, sendo que no Tribunal de Pernambuco há também súmula referente à abusividade da negativa da própria cirurgia gástrica (Quadro 16).

Quadro 16 - Enunciados dos Tribunais brasileiros referentes a obesidade mórbida

TJPE	TJSP
10. É abusiva a negativa de cobertura da gastroplastia para tratamento da obesidade mórbida	97. Não pode ser considerada simplesmente estética a cirurgia plástica complementar de tratamento de obesidade mórbida, havendo indicação médica.
30. É abusiva a negativa de cobertura da cirurgia plástica reparadora complementar de gastroplastia	

Internação de dependente químico

Em Pernambuco e no Rio de Janeiro há previsão sumular da internação de dependentes químicos (Quadro 17).

Quadro 17 - Enunciado do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco referente a abusividade de cláusula que limita internação de dependente químico

TJPE	TJRJ
113. É abusiva a cláusula de coparticipação em contrato de seguro de saúde que implique verdadeira limitação temporal de internação psiquiátrica para tratamento de paciente dependente químico.	353. É nula cláusula inserida em contrato de plano ou de seguro-saúde, que limita o tempo de cobertura de internação, inclusive para tratamento psiquiátrico ou dependência química

Prazo prescricional para ressarcimento de valores pelo plano de saúde

O ressarcimento de valores pagos pelo usuário do plano de saúde pela seguradora é previsto em súmula do Tribunal de Justiça de Pernambuco (Quadro 18).

Quadro 18 - Enunciado do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco referente à prescrição de valores despendidos pelo segurado

TJPE
143. É decenal o prazo prescricional da pretensão de ressarcimento de valores despendidos pelo segurado com procedimento médico não custeado pela seguradora, por suposta ausência de cobertura na apólice.

Rescisão unilateral do contrato

A rescisão unilateral de contrato, por parte da seguradora em situação de inadimplência, mereceu súmula em São Paulo e no Pará (Quadro 19).

Quadro 19 - Enunciados dos Tribunais de Justiça dos Estados de São Paulo e do Pará referentes a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde.

TJSP	TJPA
94. A falta de pagamento da mensalidade não opera, per si, a pronta rescisão unilateral do contrato de plano ou seguro de saúde, exigindo-se a prévia notificação do devedor com prazo mínimo de dez dias para purga da mora.	31. A falta de pagamento da mensalidade não opera, per si, a pronta rescisão unilateral do contrato de plano ou seguro de saúde, exigindo-se a prévia notificação do devedor com prazo mínimo de 10 (dez) dias para purgar a mora.

Indicação médica e cobertura de exames

Situações de negativa de autorização de exames relativos a agravos cobertos receberam Súmula em São Paulo caracterizando abusividade da conduta (Quadro 20).

Quadro 20 - Enunciado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo sobre autorização de exames e indicação médica

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

Código de Defesa do Consumidor

A regência dos contratos de plano de saúde pelo

Código de Defesa do Consumidor é destacada em súmula do Tribunal paulista (Quadro 21).

Quadro 21 - Enunciado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo sobre os institutos legais relacionados aos contratos de plano e seguro de saúde

TJSP
100. O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais.

Legitimidade ativa

Discutia-se a legitimidade ativa para a proposição de ações em face de planos de saúde uma vez que nos planos coletivos o contrato é realizado pela empresa empregadora do usuário ou por sua associação de classe. O Tribunal de São Paulo editou súmula cujo enunciado põe fim à discussão sobre a matéria estabelecendo ter o beneficiário direito de propor a ação sem intermédio de seu empregador ou de sua associação.

Quadro 22 - Enunciado do TJSP sobre a legitimidade ativa em lides envolvendo planos de saúde

TJSP
101. O beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por seu empregador ou associação de classe.

Recusa de prestação de serviço não incluído no rol da ANS

Tendo em vista a disponibilização do rol de condutas de cobertura mínima pela ANS, muitos planos de saúde negam procedimento não previsto, em desrespeito à normativa que estabelece terem que ser cobertos os tratamentos para as patologias e agravos contidos no Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde¹⁵. Assim, considera a súmula do TJSP como sendo abusiva a negativa de cobertura de procedimento necessário que não esteja previsto pela ANS.

Quadro 23 - Enunciado do TJSP sobre a recusa de prestação de serviços por planos de saúde

TJSP
102. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.

Superveniência de aposentadoria em plano coletivo

Muitos são os funcionários que perdem seus planos de saúde coletivo no momento da aposentadoria, pelo seu desligamento funcional com a empresa contratante do seguro. O Tribunal de Justiça de São Paulo editou súmula sobre a matéria, garantindo o benefício, mesmo que haja continuidade laboral.

Quadro 24 - Enunciado do TJSP sobre aposentadoria e seguro coletivo

TJSP
104. A continuidade do exercício laboral após a aposentadoria do beneficiário do seguro saúde coletivo não afasta a aplicação do art. 31 da Lei n. 9.656/98.

DISCUSSÃO

Nos termos do art. 4º, inciso III, da Lei nº 9.961⁸, compete à ANS elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656⁷ e suas excepcionalidades. A lei é abrangente e o número de usuários alcança praticamente um quarto da população brasileira. Assim, a gestão econômica e administrativa dos planos requer um nível de eficácia elevado para garantir sustentabilidade, muitas vezes traduzida por negativas infundadas. As súmulas encontradas nos Tribunais brasileiros, refletem os conflitos mais comuns entre usuários e os contratos de plano de saúde e, de certa maneira, os recursos para que se coíbam práticas abusivas, por exemplo, com o entendimento de que há dano moral pela recusa indevida da prestação de atendimento.

As súmulas relativas ao fornecimento de prótese respondem a um problema sistemático dos planos de saúde. Há negativa mesmo quando apresentados pedidos médicos ou odontológicos legítimos, com requisição de material para a realização de procedimentos necessários no tratamento ou reabilitação de patologias: a) descritas no Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), e b) com condutas clínicas abarcadas pelo rol de procedimentos com cobertura mínima obrigatória, até mesmo em situação de urgência e emergência⁷.

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. (Grifa-se).

As negativas nem sempre vêm acompanhadas de fundamentação científica ou, ainda, acabam por sugerir outras condutas cirúrgicas e equipamentos afrontando diretamente os Códigos de Ética Médica¹⁶ e Odontológica¹⁷:

Código Ética Odontológica

Art. 5º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

I - diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da Ciência e sua dignidade profissional;

Código de Ética Médica

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

[...] VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

[...] É direito do médico:

[...] II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

Deste modo, os Tribunais de Rio de Janeiro, Pernambuco, Pará e São Paulo editaram súmulas que apontam a abusividade das condutas restritivas quanto às próteses e órteses, inclusive com súmulas específicas sobre “stents” (pequenas órteses que são utilizadas em cardiologia) e materiais de forma genérica.

No Rio de Janeiro, o enunciado da súmula 211 deixa claro que, havendo divergência entre a conduta do plano contratado e a do profissional assistente, cabe a este último a escolha da técnica e do material a serem empregados. Já em São Paulo, a preponderância da indicação médica é observada na súmula 102, em que se considera abusiva a “negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”.

[...] Urge destacar que as resoluções da Anvisa, ANS, bem como parecer emitido pela AGU (Advocacia Geral da União) não podem se sobrepor às normas contidas em lei ordinária federal, a saber, Lei nº 9.656/98, bem como ao CDC 4. Convém destacar que o plano de saúde, ao celebrar contrato com o consumidor, pode até limitar as doenças que serão cobertas, porém, uma vez estabelecido que determinada enfermidade está coberta, não pode a seguradora determinar quais os tratamentos e os medicamentos que devem ou não ser autorizados,

posto que o fim que se persegue é a cura do paciente¹⁸.

O fornecimento de tratamentos de alta complexidade e valor oferece grande impacto econômico nos planos de saúde. Deste modo, não são poucas as lides que reivindicam o custeio de medicamentos quimioterápicos, pois estes são frequentemente negados de forma abusiva, já que as neoplasias se encontram classificadas pela CID10 e a conduta terapêutica prescrita pela ANS atende aos requisitos para garantir seu oferecimento. O Tribunal de São Paulo houve por bem promover a súmula 95, que pacifica o entendimento quanto ao não prevalecimento da negativa.

Oatendimento imediato de urgências e emergências levou à edição de súmulas quanto a abusividade da não cobertura em período de carência (TJCE, TJRJ, TJPE, TJGO, TJRN e TJSP) e do dano ressarcível quando da recusa de internação.

O conflito sobre cláusulas de urgência e de emergência origina-se na distinção entre a definição dos termos. São de fato urgentes todos os agravos à saúde que exijam atenção imediata. A Resolução CFM n. 1.451/95 define urgência como “a ocorrência **imprevisível** de agravo à saúde **com ou sem** risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”¹⁹. A mesma definição é observada na Resolução do Ministério da Saúde n. 354, de 10 de março de 2014²⁰:

2. DEFINIÇÃO

2.1 Emergência: Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso **ou** risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

2.2 Urgência: Ocorrência imprevista de agravo à saúde como ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Em medicina, portanto, **urgência é o quadro que exige atenção imediata, e emergência é o quadro em que, se nada for realizado, há certeza de morte iminente do paciente (perigo de morte e não risco de morte).**

Todavia a Lei n. 9.656 ampliou o entendimento de emergência para aqueles quadros em que não há de certeza de morte, mas de risco de morte, bem como abarcou casos em que possa haver danos irreparáveis⁷. Também acabou restringindo a definição de urgência:

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

Deste modo, quando um médico ou dentista prescreve conduta urgente do ponto de vista médico, o plano de saúde não toma as medidas necessárias para rapidamente solucionar a situação clínica, já que a legislação de planos de saúde só considera urgentes os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. O embate pode demorar meses para ser resolvido, com a obtenção da autorização para a realização das condutas necessárias. Assim afirma a súmula do Tribunal do Rio de Janeiro considerando dano *in re ipsa* para negativas indevidas nesta matéria.

Os Tribunais de Ceará, Pernambuco, Goiás, Rio Grande do Norte e São Paulo também publicaram súmulas que referem a abusividade da negativa de atendimento quando o contrato ainda esteja em período de carência em se tratando de urgência e emergência.

Outro problema comum na relação beneficiário e planos de saúde é a limitação com relação à escolha dos prestadores de serviço. Uma vez que não há liberdade de escolha fora da rede, acertados os enunciados dos Tribunais do Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco, determinando a solidariedade entre a operadora do plano e o profissional credenciado em demandas judiciais e na oferta de atendimento especializado. Isto porque muitas operadoras locais vendem serviços em unidades geográficas diferentes, utilizando propaganda quanto ao tamanho da sua rede, sugerindo ao beneficiário serem estruturas únicas.

Ora, se pela teoria da aparência constituem empresa única, na falta de serviço especializado em uma unidade, nada mais justo ao beneficiário que este possa utilizar do serviço de outra unidade. A teoria da aparência ainda é motivo de súmula do Tribunal do Rio de Janeiro sobre a formação de conglomerado econômico, explicado abaixo em jurisprudência do mesmo Tribunal²¹:

Os fornecedores cooperativados, que integram o conglomerado, se apresentam perante os consumidores, como se fossem uma sociedade única, dado que é utilizado o mesmo nome comercial, daí por que, em face da teoria da aparência e do dever de informar do fornecedor, todos os cooperativados respondem solidariamente pelo atendimento ao usuário contratante, independente da cooperativa com a qual contratou.

Talvez um dos pontos mais sensíveis dos contratos de planos de saúde seja o cálculo dos reajustes. As proposições matemáticas são incompreensíveis e os valores resultantes muitas vezes desproporcionais à relação contratual quando considerados os usuários idosos. Portanto, súmulas neste sentido seriam esperadas e foram encontradas nos Tribunais do Rio de Janeiro, São Paulo, Pará e Rio Grande do Sul. Neste último, o enunciado assume um tom pedagógico maior. No do Rio de Janeiro, como no do Pará, veda-se o reajuste em razão da faixa etária aos contratos anteriores ao Estatuto

do Idoso¹⁴. Em São Paulo, a vedação vale também para os contratos posteriores ao Estatuto. No Rio Grande do Sul, o enunciado trata da vedação frente a cada instituto jurídico referencial na área: CDC⁹, Leis dos Planos de Saúde⁷ e Estatuto do Idoso¹⁴.

A matéria “reajuste por mudança de faixa etária” foi motivo de recurso repetitivo pelo STJ, que pacificou o entendimento do Plano Nacional de Consumo e Cidadania²² e do Código do Consumidor⁹, protegendo o consumidor em sua vulnerabilidade. Neste sentido:

PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. Em face do entendimento firmado pelo STJ no julgamento do REsp 1.568.244 /RJ²³, submetido ao regime do art. 1.036 do CPC, no tocante aos **planos de saúde firmados ou adaptados entre 2/1/1999 e 31/12/2003**, deverão ser cumpridas as regras constantes na **Resolução CONSU nº 6/1998**. Hipótese em que não foram observadas as 07 (sete) faixas etárias Abusividade reconhecida Incidência do disposto no art. 15, parágrafo único, da Lei 9.656/98 Sentença mantida Recurso desprovido. TJSP. Ap. n. 1034500-48.2017.8.26.0562. Relator: Des. Moreira Viegas. Julgado em: 06/02/2019.

A cobertura de doenças pré-existentes foi motivo de enunciados nos Tribunais do Ceará, Pernambuco e São Paulo, todos com a inteligência de que em não havendo exame pré-admissional, seria abusivo penalizar o usuário por doença pré-existente de que este não tivesse conhecimento. Entende o Conselho de Saúde Suplementar, em sua Resolução n. 13, que nos contratos que tratem de cobertura temporária parcial de doenças e lesões pré-existentes “a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais no art. 2º desta Resolução”²⁴. Sobre a obrigatoriedade quanto à informação sobre a cobertura parcial, a Resolução Normativa n. 162 da ANS denomina o que são doenças pré-existentes e institui a carta de orientação ao beneficiário²⁵:

Resolução Normativa n. 162

Art. 2º [...] I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

[...] Art. 3º Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária.

De fato, na própria lei dos Planos de Saúde⁷ já

há previsão referente à cobertura de lesões e doenças pré-existentes e o CDC considera como nulas cláusulas contratuais que sejam incompatíveis com a boa fé⁹:

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 equidade⁹.

LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

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 beneficiário⁷.

A limitação do tempo de internação também constitui cláusula abusiva dos contratos de plano de saúde, com enunciado dos Tribunais de São Paulo e Pernambuco, sendo que, em Pernambuco, há súmula específica sobre a abusividade da limitação de internação de dependentes químicos.

Pedidos para autorização de cirurgias de gastroplastia para o tratamento de obesidade mórbida inundaram os Tribunais quando os procedimentos deixaram de ser experimentais. Com isso, surgiram duas situações que acabavam chegando aos Tribunais, o pedido para a autorização da cirurgia e, posteriormente, o pedido para a realização da cirurgia plástica reparadora complementar, tendo em vista o excesso de pele resultante da primeira cirurgia.

Em Pernambuco, há súmulas para ambas condutas cirúrgicas e, em São Paulo, o enunciado abarca apenas a obrigatoriedade de cobertura da cirurgia pós-gastroplastia. Também em Pernambuco, há súmula que define o prazo prescricional dos valores despendidos pelo segurado a serem ressarcidos pela seguradora por suposta ausência de cobertura. Ou seja, em havendo necessidade de o usuário custear seu tratamento por alegada falta de previsão contratual, provada sua cobertura, tem o beneficiário dez anos para requerer o ressarcimento.

Sobre a rescisão unilateral de contrato naquelas situações em que há inadimplência, entendem o Tribunal de São Paulo e o do Pará que a rescisão só se opera quando houver notificação prévia do beneficiário. A Resolução Normativa da ANS n. 195 regulamenta a rescisão da seguinte forma²⁶:

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial,

devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

A continuidade no plano de saúde por beneficiários vinculados a planos coletivos que se aposentam mereceu enunciado do Tribunal de São Paulo, no sentido de garantir aos mesmos a não rescisão unilateral do plano, tendo em vista a continuidade do exercício laboral. De São Paulo, também, é o enunciado que garante ao beneficiário do plano a cobertura de exames com expressa indicação médica para enfermidades cobertas e tratamentos não previstos em procedimentos do rol da ANS, mesmo que experimentais.

Do ponto de vista processual, São Paulo possui ainda duas súmulas importantes, a que determina serem o Código do Consumidor⁹ e a Lei n. 9.656/98⁷ aplicáveis às ações envolvendo planos de saúde, mesmo quando o contrato tiver sido assinado anteriormente aos diplomas legais e à de legitimidade ativa, o que coloca fim à discussão a respeito do direito de o beneficiário acionar a operadora diretamente quando seu contrato tiver sido firmado por seu empregador ou associação de classe. Isto é, garante o direito à continuidade da manutenção do plano ao beneficiário que se aposenta, mas que gostaria de permanecer no plano coletivo originário.

CONCLUSÃO

Foram encontradas 57 súmulas na área da saúde nos Tribunais estaduais brasileiros, organizadas em 24 temas: fornecimento de próteses, fornecimento de *stents*, fornecimento de quimioterápicos, cláusula contratual restritiva do uso de materiais, dano moral pela recusa da oferta ou autorização de serviço, *home care*, recusa de atendimento em situação de emergência, urgência e em período de carência, solidariedade entre pessoas jurídicas e físicas na prestação do tratamento, configuração de conglomerado econômico, abusividade nos reajustes de valores, divergência entre o plano de tratamento do médico assistente e o do auditor do plano de saúde, antecipação de tutela, doença pré-existente, limitação de tempo de internação, obesidade mórbida, internação de dependente químico, prazo prescricional para ressarcimento de valores pelo plano de saúde, rescisão unilateral do contrato, indicação médica e cobertura de exames, aplicabilidade do código de defesa do consumidor, legitimidade ativa do beneficiário de planos firmados por seu empregador ou entidade de classe, recusa de prestação de serviço não incluído no rol da ANS e superveniência de aposentadoria em plano coletivo.

Os Tribunais de São Paulo, Rio de Janeiro e Pernambuco foram aqueles com o maior número de súmulas. Como regra, as súmulas de diferentes Tribunais sobre um mesmo tema apresentam conteúdo e inteligência semelhantes, à exceção das súmulas sobre abusividade de aumentos de plano de saúde dos Tribunais do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. Diferem quanto à normativa a ser aplicada, dada a data inicial do contrato, considerando a Lei n. 9.656⁷, o Código do Consumidor⁹, e o Estatuto do Idoso¹⁴.

Motta MV, Piacsek MVM. Planos de Saúde: entendimento jurisprudencial dominante nos Tribunais estaduais brasileiros. *Health Insurance Plans: precedents of the Brazilian State Courts. Saúde, Ética & Justiça.* 2019;24(1):29-43.

ABSTRACT: This study aims to determine the precedents set by the Brazilian state courts regarding healthcare issues, through gathering information from the courts' institutional websites. There were 57 precedents on this matter, distributed among the courts of Bahia (1), Piauí (1), Rio Grande do Sul (1), Ceará (2), Goiás (3), Rio Grande do Norte (3), Pará (4), Pernambuco (12), Rio de Janeiro (15), and São Paulo (15). They covered 24 different health-related topics. The precedents set by the state courts about the same topics were almost identical, except for three. The latter related to the norms for the economic adjustments of health insurance fees. Each followed a different legislation: the Statute of the Elderly, the Consumer Defense Code, and Federal Law No. 9.656 of 1998.

KEY WORDS: Precedents, Medical Law, Health Plans/legislation & jurisprudence; Health's Judicialization.

REFERÊNCIAS

1. Silva OJP. Vocabulário Jurídico. 28ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2010.
2. Teixeira D. Tribunal de Justiça do Piauí aprova súmulas [Internet]. Teresina; 2011. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <http://www.tjpi.jus.br/site/modules/noticias/Noticia.mtw?id=2089>
3. Summa. In: LatinDictionary Disponível em: <<http://latindictionary.net/search/latin/summa>> Acesso em: 2019 jun. 06.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado; 1988 [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <http://www>

- planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Dias MGB. Controle de constitucionalidade e política judiciária: evolução histórica das súmulas no Supremo Tribunal Federal. Brasília, DF; 2006 [acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/98700/Marcus%20Gi%20Barbosa%20Dias.pdf?sequence=1>
 - Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.105 de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Brasília, DF; 2015. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113105.htm
 - Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF; 1998 [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm
 - Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF; 2000 [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm
 - Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF; 1990 [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm
 - Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados gerais – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019). Rio de Janeiro; 2019. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
 - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Como é a cobertura de órteses e próteses pelos planos de saúde? Rio de Janeiro; 2017. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_content&view=article&id=12613119
 - Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de procedimentos e eventos em saúde 2016. Rio de Janeiro; 2016. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Rol_de_Procedimentos_2016_total.pdf
 - Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.956, de 25 de outubro de 2010. Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito. Diário Oficial da União. 2010 out. 7; Seção I. p. 126.
 - Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF; 2003 [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
 - World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th rev. Geneva; 2015 [cited 2019 Jun 06]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en/>
 - Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 2009 set. 17; Seção I. p. 90.
 - Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica: resolução CFO nº 118/2012. Rio de Janeiro: CFO; 2012.
 - Rio de Janeiro. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Processo Administrativo nº 0261873-53.2016.8.19.0001. Relator: Desembargador Marcos Alcino de Azevedo. Diário de Justiça Eletrônico. 10 ago. 2017 [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <http://www1.tjrj.jus.br/gedcacheweb/default.aspx?UZIP=1&GEDID=0004EBCA8CFAD299042D6F5B55EC0A5A5C9FC5065444284A>
 - Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Diário Oficial da União. 1995 mar. 17; Seção I. p. 3666.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. Diário Oficial da União. 2014 mar. 11; Seção I. p. 53.
 - Rio de Janeiro. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Processo Administrativo nº 0026906-08.2012.8.19.0000. Relator: Desembargador Mario Robert Mannheimer. Diário de Justiça Eletrônico. 10 set. 2012. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <https://tjrj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/114861947/processo-administrativo-pa-269060820128190000-rj-0026906-0820128190000/inteiro-teor-114861956?ref=juris-tabs>
 - Brasil. Decreto nº 7.963, de 15 de março de 2013. Institui o Plano Nacional de Consumo e Cidadania e cria a Câmara Nacional das Relações de Consumo [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2013 mar. 15 [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7963.htm
 - Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 1.568.244/RJ. Relator: Ministro Ricardo Villas Boas Cueva. Diário de Justiça Eletrônico. 14 dez. 2016. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/633533473/recurso-especial-resp-1767254-sp-2018-0242950-3>
 - Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução nº 13, de 13 de novembro de 1998. Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência. Brasília, DF; 1998. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzAw>
 - Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência

Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília, DF; 2007. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTIyMw==>

26. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2009. [Acesso em 2019 jun. 06]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>

Recebido em: 28/06/2019

Aprovado em: 19/07/2019