

## CAPÍTULO 18

### CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE E SUAS CLÁUSULAS ABUSIVAS

**Tamyres Cristina Barbosa Fim**

Advogada | Especialista em Direito Médico | UNITAU

---

#### RESUMO

O artigo aborda a necessidade dos cidadãos de adquirir planos de saúde, muitas vezes de forma urgente e buscando preços mais acessíveis. Essa demanda cria oportunidade para as empresas fornecedoras de plano de saúde aplicarem cláusulas onerosas aos consumidores. Para proteger o consumidor, a legislação civil estabelece regras para os contratos, incluindo os de planos de saúde. No entanto, as empresas, muitas vezes, extrapolam essas regras, causando prejuízos aos consumidores por meio de cláusulas abusivas. Com as mudanças provocadas pelo avanço tecnológico, as empresas também mudaram suas formas de enganar o consumidor, exigindo que o ordenamento jurídico evolua e se adapte aos novos atos ilícitos para fornecer proteção legal às partes. Assim, o objetivo do presente artigo é promover o conhecimento sobre a relação consumerista entre planos de saúde e seus usuários, as cláusulas abusivas nesses contratos e a proteção estabelecida na legislação e na jurisprudência. Utilizando metodologia explicativa e referencial bibliográfico em leis e doutrinas, o artigo analisa as disposições legislativas em relação às cláusulas que prejudicam os beneficiários do convênio médico, impactando na legalidade dos contratos e na nulidade das disposições abusivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Plano de Saúde; Cláusulas Abusivas; Direito do Consumidor; Direito Médico.

#### INTRODUÇÃO

A necessidade do cidadão de obter um plano de saúde, às vezes com urgência e em busca de preço mais acessível em detrimento à abrangência da cobertura, gera oportunidade para a empresa fornecedora do serviço aplicar cláusulas onerosas ao consumidor.

Com intuito de proteger o elo mais fraco da relação consumerista, a legislação civil dispõe de regras para todos os atos da vida civil, inclusive para os contratos. Porém, quando as empresas e fornecedores de serviço

extrapolam as regras em seus contratos, causando prejuízo ao consumidor, o faz por meio de cláusulas abusivas.

Com as mudanças provadas pelo avanço da tecnologia, as empresas também mudaram suas formas de ludibriar o consumidor, razão pela qual o ordenamento jurídico também precisa evoluir e adaptar-se aos novos atos ilícitos para fornecer a proteção legal às partes.

Significante mudança nesta área ocorreu em 2002, com o advento do então Novo Código Civil, que dispôs a importância do princípio da boa-fé nos contratos. Além de inspirar mudanças em outras legislações específicas sobre a relação contratual e a área da saúde.

Com isso, o presente artigo possui o objetivo de promover conhecimento acerca da relação consumerista entre planos de saúde e seus usuários, as cláusulas abusivas existentes nestes contratos e a proteção estabelecida na legislação e nos entendimentos jurisprudenciais.

Por fim, através da metodologia explicativa e com o referencial bibliográfico obtido em leis e doutrinas e aqui apresentado, finaliza-se com análise das disposições legislativas perante cláusulas que causam prejuízo aos beneficiários de planos de saúde, impactando na legalidade dos contratos e nulidade das disposições abusivas.

## **PLANOS DE SAÚDE**

Diante da decadência do sistema de saúde público, os planos de saúde tornaram-se mais procurados nas últimas décadas, tratando-se de alternativa para a necessidade médica, viabilizando valores mais acessíveis e com menor tempo de espera quando comparado ao Sistema Único de Saúde - SUS.

O plano de saúde, ou convênio médico, é um serviço oferecido por empresas com o objetivo de proporcionar assistência médica e acesso a serviços de saúde para seus contratantes.

“Contrato de plano de saúde é aquele por meio do qual uma das partes, a operadora, se obriga frente à outra, o consumidor, a promover a cobertura dos riscos de assistência a sua saúde, mediante a prestação de serviços médicos hospitalares e odontológicos” (BARROS, 2011, p.292).

A Lei nº 9.656/98, conhecida como Lei de Planos de Saúde, em seu art. 1º, inciso I, define o plano de assistência à saúde como:

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 à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga

integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998).

Os planos podem abranger diferentes tipos de cobertura, podendo incluir consultas médicas, exames laboratoriais, cirurgias, internações, atendimento de emergência, medicamentos, atendimento odontológico, dentre outros serviços relacionados à saúde.

Os planos de saúde podem ser individuais, familiares ou empresariais, sendo que, nos últimos anos, também têm se popularizado os planos coletivos por adesão, geralmente oferecido por grandes empresas aos seus funcionários ou por associações aos seus associados, com a vantagem de, pelo grande número de contratantes em grupo, reduz o valor da mensalidade. E recentemente, ainda instituiu-se a modalidade de coparticipação, na qual o consumidor paga a mensalidade do plano e um acréscimo tarifário por cada consulta, exame ou procedimento que tenha realizado.

Além disso, também existem planos com diferentes abrangências geográficas, podendo ser locais, regionais, nacionais ou até mesmo internacionais.

Em relação aos valores, além da cobertura e abrangência geográfica, o fator da idade do contratante também influencia no valor das mensalidades. Consumidores mais idosos, tendem a necessitar de mais procedimentos médicos e de custos mais elevados, portanto, o valor de sua mensalidade é maior se comparado a outro indivíduo mais novo. Para tanto, as operadoras estabelecem faixas de valores para determinadas idades, nas quais, quando o contratante atinge uma mudança de faixa, há alteração de valor. Ademais, doenças pré-existentes também podem gerar carência no plano.

Em relação à vigência do contrato, é contado “a partir da data da assinatura da proposta de adesão, ou da assinatura do contrato, ou da data de pagamento da mensalidade inicial” (ANS, 2005).

Também existem diferentes modalidades de contratação, das quais definem as formas de utilização do convênio pelo usuário.

Existem três formas possíveis de acesso a atendimento médico pelo usuário, as quais são extraídas do conceito de plano privado de assistência à saúde disposto no art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98:

- a) livre escolha de profissionais ou serviços de saúde, cabendo à operadora apenas reembolsar os usuários pelos valores pagos, respeitados os limites contratuais;
- b) limitação da escolha de profissionais médicos dentre aqueles contratados ou associados à operadora, bem como de estabelecimento ambulatorial e/ou hospitalar que pertença ou que possua vínculo contratual com a operadora;

c) limitação da escolha de profissionais ou serviços de saúde aos que integrem rede credenciada ou referenciada (ver art. 17-A, infra) (GOMES, 2023, Pp.410-411).

É importante ressaltar que, independente da utilização, o padrão da qualidade no fornecimento dos serviços deve ser mantida e preservada, com a observação de que, na modalidade de livre escolha do cliente, cabe a este buscar a qualidade profissional pretendida, não podendo responsabilizar a operadora por quaisquer problemas a respeito do atendimento do profissional da saúde.

Na primeira hipótese de contratação, a operadora de plano de saúde não exerce influência sobre a qualidade dos serviços de assistência à saúde utilizados pelo usuário, na medida em que cabe a este a sua livre escolha, atribuindo-se à operadora apenas a obrigação de pagamento/reembolso pelos serviços prestados. Já nas duas últimas hipóteses, é de essencial relevância a conservação do nível inicial de qualidade dos serviços médico-hospitalares pela operadora, pois a escolha do usuário fica restrita à lista de profissionais e estabelecimentos por esta apresentada, a qual integra, portanto, a legítima expectativa gerada no consumidor, no momento da contratação (GOMES, 2023, p.411).

Nada obstante, a contratação do plano de saúde é realizada por meio de contrato de prestação de serviço e, como tal, deve respeitar os princípios básicos do contrato e sujeitar-se às regras da relação consumerista.

O dispositivo que regulamenta os contratos de plano de saúde é a Lei nº 9.656/1998, além de disposições no Código Civil (lei nº 10.406/2002) e no Código de Defesa ao Consumidor (Lei nº 8.078/1990).

O contrato de plano de saúde, mais do que qualquer outro, deve cumprir função social, concretizando princípios constitucionais de grande envergadura, tais como a dignidade da pessoa humana (inciso III, art.1º); da solidariedade (inciso I do art.3º) e da justiça social (art.170 caput). A isso se soma a diretriz contida no Código Civil de 2002, em seu art. 421 (“A liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato”) (BARROS, 2011, p.292).

Para garantir a efetividade e cumprimento da legislação, no Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão responsável por regulamentar e fiscalizar os planos de saúde, estabelecendo regras e diretrizes para a proteção dos usuários e a qualidade dos serviços prestados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, com sede no Rio de Janeiro e atuação em todo o território nacional. A ANS foi constituída com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde pela regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país (ANS, 2005).

No exercício de sua função, a ANS emite Resoluções Normativas que detalham aspectos específicos da Lei dos Planos de Saúde e estabelecem regras para o setor, além de regular questões como registro, solvência financeira, constituição de reservas técnicas, dentre outras especificações para o funcionamento das operadoras.

Em detrimento à relação consumerista,

O Superior Tribunal de Justiça emitiu entendimento majoritário no sentido da aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos privados de planos e seguros de saúde. Recentemente, em julgamento datado 24/11/2010, o STJ, através da 2.<sup>a</sup> Seção, aprovou a Súmula n.º 469, cujo teor é o seguinte: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de Plano de Saúde” (CARUGGI, 2011, p.326).

O CDC é um importante dispositivo para a regulação dos planos de saúde, estabelecendo a relação de consumo para a situação, com objetivo de garantir os direitos dos usuários e estabelecendo a responsabilidade das empresas.

A relação jurídica contratual existente através dos contratos de planos de saúde pode ser considerada como relação de consumo, pois se verifica a existência da figura dos consumidores, pessoas físicas ou jurídicas, destinatárias finais do serviço de plano de saúde, e do fornecedor, pessoa jurídica de direito privado, prestador de serviços na área da saúde suplementar, conforme disposto nos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, motivo pelo qual se torna indiscutível a aplicabilidade do Estatuto Consumerista (SUMIDA, 2016).

Além disso, o Código Consumerista também estabelece o instituto da inversão do ônus da prova, em seu artigo 6º, inc. VIII, que promove facilitação à defesa do elo mais fraco dessa relação.

“Contudo, tal mecanismo não se opera de forma automática, pois depende da análise judicial de verossimilhança da alegação do consumidor ou de sua hipossuficiência” (TJDFT, 2021).

Além disso, o pedido da parte consumidora e a decisão judicial determinando (ou não) a inversão, “deve ocorrer antes da etapa de instrução do processo” (STJ, 2021), pois é o momento processual de produção de provas.

Por sua vez, a Lei dos Planos de Saúde (lei nº 9.656/98) trata-se de uma legislação brasileira que estabelece as normas gerais para a contratação, funcionamento e fiscalização dos planos de saúde no Brasil.

Possui o intuito de proteger os direitos dos usuários e garantir a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras dos planos de saúde, estabelecendo, dentre outros, a abrangência do plano; a cobertura mínima obrigatória; regras para carência e portabilidade; direitos dos usuários; e regras para reajustes das mensalidades.

Por fim, considerando a natureza cível do tema, é imprescindível a tutela dos usuários de planos de saúde por meio do Código Civil de 2002.

Na Lei 10.406/02, inexistem disposições normativas que versem, de modo específico, sobre os negócios jurídicos estabelecidos entre os indivíduos e as autogestões, porém, é perfeitamente cabível o manejo de cláusula geral da boa-fé objetiva, prevista nos artigos 113 e 423. (...) A elasticidade e a flexibilidade deste instituto contribuem para que possa ser aplicado, de forma satisfatória, nas situações litigiosas envolvendo as ditas partes contratantes (SILVA, 2019).

Sabe-se ainda, que o Superior Tribunal de Justiça estabeleceu, por meio da Súmula n. 608, a não incidência do CDC em situações que envolvem convênios de autogestão, que se trata do modelo no qual a administração da funcionalidade do plano de saúde é realizada por ele próprio.

De uma forma ampla classificam-se nesta modalidade as operadoras que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a entidade instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Com isso, não sendo aplicável o Código de Defesa ao Consumidor em determinados casos, torna-se necessário contar com a tutela e proteção do Código Civil. A principal atuação do CC se dá por meio dos princípios contratuais e das regras que dispõe acerca da elaboração de contratos.

“O contrato estabelecido entre o consumidor e a operadora do plano de saúde é o contrato de adesão, no qual o cliente apenas adere ao contrato

imposto, anuindo com as cláusulas propostas pela outra parte” (SUMIDA, 2016). E a modalidade de contrato de adesão é mencionada pelo Código Civil nos artigos 423 e 424.

Por fim, o Código Civil também determina a responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde por determinados prejuízos aos usuários, em duas vertentes: a responsabilidade objetiva, no que diz respeito aos profissionais de saúde credenciados ao convênio e que causaram danos ao paciente; e a responsabilidade subjetiva, em relação a recusa da operadora de cobertura de algum procedimento/tratamento acarretando danos na saúde do contratante.

Nesse sentido, oportuno mencionar o Enunciado nº 460 do Conselho da Justiça Federal na Jornada de Direito Civil V:

Enunciado 460 – Art. 951: A responsabilidade subjetiva do profissional da área da saúde, nos termos do art. 951 do Código Civil e do art. 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor, não afasta a sua responsabilidade objetiva pelo fato da coisa da qual tem a guarda, em caso de uso de aparelhos ou instrumentos que, por eventual disfunção, venham a causar danos a pacientes, sem prejuízo do direito regressivo do profissional em relação ao fornecedor do aparelho e sem prejuízo da ação direta do paciente, na condição de consumidor, contra tal fornecedor (CJF, 2011).

Da mesma forma, o art. 932, inc. III, do Código Civil, ainda estabelece que são “responsáveis pela reparação civil o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, em razão dele” (BRASIL, 2002). Entendendo a doutrina majoritária que as operadoras de planos de saúde submetem-se à chamada culpa *in eligendo*, quando incorrem em culpa pela escolha errada do profissional de saúde a ser credenciado à rede.

No mais, a legislação civil determina que “aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo” (CC, art. 927) (BRASIL, 2002). A reparação aqui determinada atinge os casos em que a operadora do plano apresentou recusa ou negativa para realização de determinado procedimento médico e, assim, causou dano ao consumidor, caracterizando a responsabilidade objetiva da empresa.

## **CLÁUSULAS ABUSIVAS NOS PLANOS DE SAÚDE**

Cláusulas abusivas são disposições inseridas em contratos ou documentos legais que colocam uma das partes (geralmente o consumidor) em desvantagem significativa e contrariam princípios básicos de equilíbrio e justiça nas relações contratuais. Essas cláusulas exploram a vulnerabilidade

do consumidor ou impõem condições excessivamente desfavoráveis, comprometendo seus direitos e interesses.

São presentes em maior incidência em contratos de adesão e em contratos firmados com urgência e/ou extrema necessidade do contratante.

Com objetivo de proteger os consumidores contra práticas comerciais desonestas, as cláusulas abusivas são consideradas nulas de pleno direito, ou sejam, são invalidadas e não produzem efeito legal. Contudo, “apesar de resultar na nulidade de parte do contrato, o simples fato de ter uma cláusula abusiva não invalida o contrato como um todo, devendo prevalecer as disposições que não contenham abusividade” (TJDFT, 2020).

As cláusulas abusivas possuem características como: desproporcionalidade (desequilíbrio acentuado favorecendo uma das partes); ocultação de informações ou falta de transparência; restrição indevida de direitos; imposição de obrigações excessivas; e violação de normas legais.

Uma das principais mudanças estabelecidas pelo Código Civil de 2002, é a figura da boa-fé objetiva, que antes era lacuna no Código de 1996 e trata-se de um princípio fundamental nas relações contratuais e está relacionada à conduta honesta, ética e leal das partes envolvidas. “A boa-fé objetiva cria deveres positivos, já que exige que os contratantes façam tudo para que o contrato seja cumprido de conformidade com o previsto” (BARROS, 2011, p.296).

Concernente à boa-fé, a Lei dos Planos de Saúde estabelece o direito de informação, com a entrega de cópia do contrato, na íntegra, para o contratante. Dessa forma, somente com o acesso ao documento é que o usuário pode constatar a existência de eventual cláusula abusiva.

Em complemento ao dever de clareza previsto no caput do art. 16, o seu parágrafo único estabelece que a todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do instrumento contratual do plano de saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

Referido comando legal consagra o dever anexo de informação – decorrência direta da boa-fé objetiva contratual – e, assim, tem por finalidade minimizar os riscos decorrentes da adoção da contratação por adesão, na medida em que possibilita ao usuário/aderente o adequado conhecimento acerca dos serviços por ele contratados (GOMES, 2023, p.408).

Nesse sentido, considera-se que o primeiro indício de abusividade do contrato de plano de saúde é a inobservância do princípio da boa-fé, refletindo em situações em que uma das partes age de maneira desonesta, enganosa ou injusta, violando o princípio da confiança mútua que deve existir entre as partes contratantes.

O artigo 51 do CDC traz em seu texto a descrição de abusos que podem ser cometidos nos contratos que envolvam relações de consumo, entre eles estão cláusulas que:

- excluam ou diminuam a responsabilidade dos fornecedores;
- extingam algum tipo de direito do consumidor;
- transfiram a responsabilidade a terceiros;
- coloquem o consumidor em desvantagem exagerada;
- invertam o ônus da prova, ou seja, passem para o consumidor o dever de provar suas alegações em eventual processo judicial, ferindo a proteção dada no artigo 6º do CDC, que prevê a facilitação da defesa de seus direitos.
- permitam ao fornecedor alterar o preço, cláusulas ou cancelar o contrato sem anuência do consumidor (TJDFT, 2020).

Da mesma forma, a Lei de Planos de Saúde, o Código Civil e a ANS estabelecem diretrizes com objetivo de proteger o consumidor proibindo cláusulas abusivas em seus contratos, sobre as quais serão aqui discutidas.

A primeira proibição a ser mencionada é a exclusão de cobertura para doenças ou lesões preexistentes, nos termos do art. 11, da Lei dos Planos de Saúde.

“Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde” (ANS, 2005, p.16).

É considerada abusiva a cláusula que exclua a cobertura de doença ou lesões preexistentes sem considerar os critérios definidos pela ANS, principalmente se não houve a exigência de exames prévios à contratação do plano ou a comprovação de má fé do usuário. Isto porque o consumidor contrata plano de saúde para ser atendido em momentos de necessidade e emergência, podendo incluir também tratamentos médicos à doença preexistente. Não é lícita a proibição ao consumidor de ser amparado pelo que necessita, pelo simples fato de ter sido contraído a doença ou lesão antes da contratação.

Para saber se o consumidor é portador de doenças ou lesões preexistentes, a operadora poderá exigir, no momento da contratação, o preenchimento de uma declaração de saúde. Esta consiste em um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões que o consumidor seja portador, e das quais tenha conhecimento no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes integrantes de seu contrato (ANS, 2005, p.16).

As determinações atentam-se ao conhecimento do consumidor no momento da contratação, cabendo a operadora comprovar que, de alguma forma, ele sabia sobre a doença e não informou, caracterizando má fé por parte do consumidor. “Se a fraude for reconhecida pela ANS, os gastos efetuados com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela operadora, serão de responsabilidade do consumidor” (ANS, 2005, p.17).

Diferentemente, se constatada que a doença já existia no momento da contratação, mas o contratante não tinha ciência, não lhe cabe ser responsabilizado e eventual recusa no tratamento é ilegal; valendo também para gravidez que geralmente é detectada semanas após a concepção.

O que se permite é que o plano promova um reajuste da mensalidade diante do grau de necessidade do consumidor, conhecida como agravo, com acréscimo “proporcional à cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente”; ou a modalidade de cobertura parcial temporária, que se trata de um período de carência de até 24 meses no qual o plano não fornecerá cobertura para procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade relacionados às doenças preexistente, mas cobrirá consultas e demais procedimentos. A operadora é obrigada a oferecer essas opções e a escolha fica a cargo do consumidor (ANS, 2005, Pp.18-19).

De igual modo, a ANS também proíbe a limitação de prazo para internação e de número de consultas, exames ou procedimentos, sem justificativa razoável.

A este respeito, a Súmula 302 do STJ, estabelece que é “abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado” (STJ, 2004, p.3). Isto porque, não é possível prever qual o tempo será necessário para o tratamento e a recuperação do paciente.

Pouco importa se existe no contrato alguma cláusula que limite o tempo de internação, pois ela deve ser tida como nula, por ser abusiva (...).

A limitação do tempo de internação vai contra a função social do contrato de plano de saúde, que visa garantir tratamento de saúde ao consumidor em troca do pagamento da mensalidade. (...)

Além de indevida tal limitação pode gerar tanto danos materiais, quanto danos morais ao consumidor, que extremamente fragilizado se vê abandonado pela operadora de plano de saúde (ZUZA, 2019).

Em julho de 2022, a ANS também pôs fim à limitação do número de consultas com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, a Resolução RN nº 541. “A decisão foi tomada com o objetivo de promover a igualdade de direitos aos usuários da saúde suplementar e

padronizar o formato dos procedimentos atualmente assegurados, relativos a essas categorias profissionais” (ANS, 2022).

Assim, pelas diretrizes do órgão, “nenhum tipo de plano de saúde pode interferir na relação entre médico e paciente e limitar o número de consultas e terapias que foram prescritas pelo profissional” e assim, “o consumidor tem direito a realizar a quantidade de consultas e terapias indicadas pelo médico mesmo que extrapole o que foi delimitado pela ANS” (FERNANDES). Eventual disposição no contrato estabelecendo limite de consultas, exames ou procedimentos, é considerada nula, visto que afronta os princípios fundamentais da Constituição, além de ferir a dignidade da pessoa humana.

Outra cláusula abusiva, é a que determina carência excessiva. A “carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano”, contado a partir do início de vigência e deve estar expresso obrigatoriamente e de forma clara no contrato (ANS, 2005, p.12).

A abusividade ocorre quando a carência determinada no contrato extrapola o permitido pela legislação, tornando-se excessiva. Os prazos estão determinados na Lei de Planos de Saúde, no artigo 12, inciso V.

Os prazos máximos de carência estabelecidos na Lei 9.656/98 são:

- urgência e emergência – 24 horas;
- parto a partir da 38ª semana de gravidez – 300 dias;
- demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias) – 180 dias (ANS, 2005, p.12).

Além destas hipóteses, tal como mencionado anteriormente, a carência para doenças e lesões preexistentes é de 24 meses, salvo na hipótese de acréscimo na mensalidade para cobertura imediata.

Ademais, na inclusão de dependentes (filho biológico ou adotivo), deve-se aproveitar o período de carência já cumprido pelo contratante titular.

Nos planos com cobertura obstétrica é assegurada a inscrição do filho natural ou adotivo do titular do plano, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

(...)

É assegurada, também, independentemente do tipo de plano (ambulatorial, hospitalar sem obstetria ou hospitalar com obstetria), a inscrição do filho adotivo menor de 12 anos como dependente, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante (ANS, 2005, p.15).

Ocorre que, contrariando a legislação, os contratos de plano de saúde dispõem um novo período de carência para os dependentes; caracterizando cláusula abusiva. Ou, em alguns casos, utilizam-se da falta de previsão no contrato para impor ao contratante um novo período de carência aos seus dependentes, como se iniciasse uma nova contratação.

Ainda sobre o tema, ocorre ainda abusividade da imposição de período de carência na portabilidade de plano.

“A portabilidade de plano de saúde é um direito que todo segurado possui. Ele permite a troca de convênio para uma operadora diferente”. A vantagem é que “os direitos do plano anterior se mantêm” (VALEM, 2022).

Para a possibilidade da portabilidade é necessário que os planos sejam compatíveis. “Para um plano ser considerado compatível, ele deve estar em faixa de preço igual ou menor que a do seu plano atual (as faixas de preço são definidas pela ANS)” (ANS, 2021, p.3). Além disso, deve ter sido cumprido o prazo mínimo de permanência no plano atual, que varia de acordo com o tipo de plano e a modalidade de portabilidade; bem como, a adimplência total das mensalidades.

Com a alteração, o período de carência já cumprido no plano anterior é aproveitado na operadora nova. Ou seja, se o consumidor já cumpriu os prazos anteriormente não se submete a eles novamente.

Ocorre que as operadoras que recebem a portabilidade do plano de saúde impõem o período de carência ou, em alguns casos, dispõe no contrato períodos mais curtos do que disposto na legislação com argumento de ser um benefício ao novo contratante. O consumidor mal-informado acaba sujeitando-se à carência; quando na realidade, a cláusula que a estabelece os períodos em contrato de portabilidade, é abusiva.

Nada obstante, também é costumeiro encontrar contrato de plano de saúde no qual determina não haver cobertura para procedimentos de alto custo, como a quimioterapia, transfusão de sangue, transplante de órgão. Assim, quando o consumidor, necessitado do tratamento de sua doença, faz a solicitação e recebe a negativa do convênio, sob argumento de que o plano contratado não cobre o procedimento solicitado.

Porém, no Brasil, de acordo com a Lei nº 9.656/98, artigo 35-C, os planos de saúde são obrigados a oferecer cobertura para tratamentos e procedimentos de urgência que sejam necessários para preservar a vida do paciente.

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;

III – de planejamento familiar (BRASIL, 1998).

Assim, pelos termos da lei, entende-se que, independente do procedimento ou da previsão no plano, o convênio deve arcar com toda despesa médica que for inerente à vida do paciente, em respeito ao princípio constitucional do direito à vida.

Por fim, cabe mencionar também outra cláusula abusiva pouco conhecida e que constantemente faz consumidores de vítima: o aviso prévio. Contratos de planos de saúde dispõem que o consumidor necessita solicitar o cancelamento com 60 dias de antecedência, ainda que já tenham cumprido 12 meses de contratação. Porém, esta cláusula é abusiva e considerada nula pela ANS e nos termos da legislação civil brasileira.

“A imposição da manutenção do contrato por mais 60 dias após a comunicação do interesse em rescindir o vínculo é uma prática ilegal e abusiva, viola a liberdade de escolha do consumidor e afronta o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil” (SILVA, 2022).

Ademais, o CDC estabelece em seu artigo 18, caput e § 2º, que o pedido de cancelamento feito pelo consumidor deve ser recebido e processado imediatamente, bem como que, “os efeitos do cancelamento serão imediatos à solicitação do consumidor, ainda que o seu processamento técnico necessite de prazo” (BRASIL, 1990).

Desta forma, reconhecendo a ilegalidade de tal cláusula, a “Agência Nacional de Saúde – ANS, revogou a norma que previa a necessidade de aviso antecipado de 60 dias para o encerramento contratual, devido a sua nulidade”, por meio da Resolução Normativa 455/2020 (TJDFT, 2022).

“E com base nessas premissas, o Poder Judiciário tem, reiteradamente, reconhecido a nulidade desse tipo de cobrança” (SILVA, 2022), sendo majoritário o entendimento dos Tribunais em relação a este assunto.

Diante destas situações, em um contrato de plano de saúde que possua qualquer destas cláusulas mencionadas, deve ser reconhecida a nulidade tão somente da premissa abusiva, preservando-se a relação contratual caso seja de interesse das partes.

É recomendado, inicialmente, que o consumidor lesionado entre em contato com a operadora do plano para buscar uma solução amigável diretamente com a empresa. Caso a operadora não resolva a questão, é possível registrar uma reclamação junto à ANS, que pode intermediar o conflito e auxiliar em uma solução.

Se as medidas anteriores não forem suficientes para a solução, o beneficiário do plano de saúde pode buscar assistência jurídica e, se necessário, entrar com uma ação judicial para garantir o cumprimento de seu direito.

## **CONCLUSÃO**

Os planos de saúde são alternativas viáveis e vantajosas para a necessidade de acesso à saúde em comparação ao SUS, com prestação pecuniária do contratante.

Apesar dos benefícios, os convênios podem causar prejuízos aos consumidores em decorrência de premissas abusivas, sob a intenção da empresa de lucrar em desfavor do beneficiário. Contudo, como elo mais fraco da relação consumerista, a legislação busca proteger os consumidores e seus direitos, tornando nulas as cláusulas abusivas.

Conforme exposto no presente estudo, existem várias situações em que as empresas dispõem de cláusulas abusivas em seus contratos, tais como cláusula de não cobertura de doenças preexistentes; limitação de prazo para internação; carência excessiva; aviso prévio de 60 dias, entre outros.

A legislação tem se mostrado eficiente no combate destas cláusulas, até mesmo das novas que venham a surgir ao longo dos anos. Isto porque, a exigência de observância do princípio da boa-fé prevalece às disposições que ferem qualquer direito do consumidor.

Além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS estabelece normas e diretrizes que regem os planos de saúde e são frequentemente atualizadas, principalmente através de Resoluções Normativas. Desta forma, o órgão busca sempre esclarecer dúvidas e solucionar problemas que venham a surgir.

Não sendo suficiente para solucionar alguma premissa excessiva, o Poder Judiciário baseia-se nas diretrizes existentes para julgar e promover entendimentos jurisprudenciais.

Desta forma, aliando-se as disposições do Código Civil, as regras da relação consumerista do Código de Processo Civil, as deliberações da Lei de Planos de Saúde e da ANS e os entendimentos dos Tribunais, o ordenamento jurídico promove grande proteção aos consumidores.

Ainda assim, é importante que a informação acerca dos direitos dos consumidores e da nulidade destas cláusulas seja disseminada, além de promover conhecimento de como se deve proceder para a solução diante de determinado ato abusivo da empresa operadora do plano de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANS. **Carência; Doenças e Lesões Preexistentes; Urgência e Emergência.** 3.ed. Rio de Janeiro-RJ: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2005. Disponível em: [https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_carencia\\_doenca\\_urgencia.pdf](https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_carencia_doenca_urgencia.pdf). Acesso em 23.jun .2023.

\_\_\_\_\_. **Cartilha Portabilidade de Carências.** Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021. Disponível em: [https://novoplanodesaude.paginas.ufsc.br/files/2021/04/CARTI\\_LHA-PORTABILIDADE.pdf](https://novoplanodesaude.paginas.ufsc.br/files/2021/04/CARTI_LHA-PORTABILIDADE.pdf). Acesso em 25.jun.2023.

\_\_\_\_\_. **ANS acaba com limites de cobertura de quatro categorias profissionais.** GOV.br: Ministério da Saúde, 11.jul.2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/periodo-eleitoral/ans-acaba-com-limites-de-cobertura-de-quatro-categorias-profissionais#:~:text=Em%20reuni%C3%A3o%20extraordin%C3%A1ria%20realizada%20nesta,fonoaudi%C3%B3logos%2C%20terapeutas%20ocupacionais%20e%20fisioterapeutas>. Acesso em 24.jun.2023.

BARROS, Marcia Cristina Cardoso de. **Contratos de Planos de Saúde: Princípios Básicos da Atividade.** Série Aperfeiçoamento de Magistrados 6 – Judicialização da Saúde – Parte I. Rio de Janeiro-RJ: EMERJ, 2011. p.290-299.

BRASIL. **Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil.** Brasília-DF: República Federativa do Brasil, 10.jan.2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm). Acesso em 21.jun.2023.

CARUGGI, Marcos Borba. **Saúde Suplementar.** Série Aperfeiçoamento de Magistrados 6 – Judicialização da Saúde – Parte I. Rio de Janeiro-RJ: EMERJ, 2011. p.323-336.

CJF. **Enunciado 460**. V Jornada de Direito Civil. Brasília-DF: Conselho da Justiça Federal, nov.2011. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/416>. Acesso em 22.jun.2023.

FERNANDES, Elton. **Confira se plano de saúde pode limitar consultas e terapias**. Escritório Elton Fernandes Advocacia Especializada em Saúde, s.d. Disponível em: <https://www.eltonfernandes.com.br/plano-de-saude-pode-limitar-numero-de-consultas>. Acesso em: 24.jun.2023.

GOMES, Josiane Araújo. **Lei dos Planos de Saúde: Doutrina e jurisprudência para utilização profissional**. 5.ed. Pp. 406-426. Editora JusPodium, 2023. Disponível em: [https://www.editorajuspodivm.com.br/media/juspodivm\\_material/material/file/JUS2873-Degustacao\\_PROV.pdf](https://www.editorajuspodivm.com.br/media/juspodivm_material/material/file/JUS2873-Degustacao_PROV.pdf). Acesso em 21.jun.2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resumo sobre as modalidades organizacionais**. GOV.br, 14.out.2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/registro-de-operadora-1/resumo-sobre-as-modalidades-organizacionais#:~:text=Autogest%C3%A3o%20sem%20mantenedor,Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Suplementar%20%E2%80%93%20ANS>. Acesso em 22.jun.2023.

SILVA, Joseane Suzart Lopes da. **Código Civil deve proteger os usuários de planos de saúde de autogestão**. Consultor Jurídico, 05.ago.2018.

SILVA, Evilasio Tenorio da. **Justiça considera indevida cobrança de aviso prévio de 60 dias para cancelamento de plano de saúde**. Migalhas, 14.dez.2022. Disponível em:

<https://www.migalhas.com.br/depeso/378635/indevida-cobranca-de-aviso-previo-para-cancelamento-de-plano-de-saude>. Acesso em 25.jun.2023.

STJ. **Súmula 302**. Brasília-DF: Superior Tribunal de Justiça, 22.nov.2004. Disponível em: [https://www.stj.jus.br/docs\\_internet/revista/eletronica/stj-revista-sumulas-2011\\_24\\_capSumula302.pdf](https://www.stj.jus.br/docs_internet/revista/eletronica/stj-revista-sumulas-2011_24_capSumula302.pdf). Acesso em 20.jun.2023.

\_\_\_\_\_. **Súmula 608**. Brasília-DF: Superior Tribunal de Justiça, 16.abr.2018. Disponível em: [https://www.stj.jus.br/internet\\_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula\\_608\\_20\\_18\\_segunda\\_secao.pdf](https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_608_20_18_segunda_secao.pdf). Acesso em: 21.jun.2023.

\_\_\_\_\_. **Para Quarta Turma, inversão do ônus da prova no julgamento da apelação viola direito de defesa**. Brasília-DF: STJ Notícias, 26.ago.2021. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/26082021-Para-Quarta-Turma--inversao-do-onus-da-prova-no-julgamento-da-apelacao-viola-direito-de-defesa-.aspx#:~:text=A%20decis%C3%A3o%20judicial%20que%20determina,oportunidade%20de%20apresentar%20suas%20provas>. Acesso em 21.jun.2023.

SUMIDA, Laís. **Responsabilidade civil dos planos de saúde**. Jus Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/responsabilidade-civil-dos-planos-de-saude/314570865>. Acesso em 22.jun.2023.

TJDFT. **Princípio do acesso à justiça (inversão do ônus da prova)**. Brasília-DF: Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, 25.ago.2021. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/cdc-na-visao-do-tjdft-1/principios-do-cdc/principio-do-acesso-a->

