



UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – ARTIGO
CIENTÍFICO

A PROBLEMATIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Aluna: Renata Cristina Melo de Sá

Professor-orientador: Paulo Fernando Santos Pacheco

Aracaju
2015

RENATA CRISTINA MELO DE SÁ

A PROBLEMATIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso –
Artigo – apresentado ao Curso de Direito
da Universidade Tiradentes – UNIT,
como requisito parcial para obtenção do
grau de bacharel em Direito.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

**Professor Orientador
Universidade Tiradentes**

**Professor Examinador
Universidade Tiradentes**

**Professor Examinador
Universidade Tiradentes**

A PROBLEMATIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Renata Cristina Melo de Sá¹

RESUMO: Este artigo objetiva explicar a Lei de Plano de Saúde e as práticas abusivas decorrentes dos fornecedores de plano privado de assistência à saúde, tendo como cerne a visão dos tribunais superiores. Busca-se demonstrar a vulnerabilidade do consumidor brasileiro frente às operadoras de plano de saúde visto que é sonegado a aquele, informações durante todas as fases processuais. Examina-se a contextualização histórica do plano de saúde e da Lei nº 9.656/98, como também conceitua plano de saúde, esclarece os tipos de planos existente no Brasil, explica as modalidades de contrato e suas consequências e por fim, traz as principais práticas abusivas cometidas pelos fornecedores e o posicionamento do STF e STJ perante as demandas interpostas a estes órgãos julgadores. Para tanto é utilizado como embasamento teórico: a Lei de Plano de Saúde, Constituição Federal, Código de Defesa do Consumidor, doutrina, sites eletrônicos, resoluções normativas, medida provisória, súmulas, jurisprudências e outras leis. Ao final, analisa-se e justifica-se a vultosa quantidade de processos demandado contra fornecedores de plano de saúde.

Palavras-Chave: Consumidor. Fornecedor. Lei de Plano de Saúde. Práticas Abusivas.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda como tema algo bastante presente nas relações consumeristas perante os tribunais de justiça, ou seja, “A Problematização do Plano de Saúde no Brasil”.

Objetivo desse estudo é esclarecer a lei de plano de saúde distinguindo os tipos de cobertura existente no Brasil, fornecer os direitos e deveres dos usuários e das operadoras de saúde, sendo necessário analisar as jurisprudências tanto do STJ quanto do STF no tocante às decisões tomadas entre sujeitos dessas ações e as suas reflexões na sociedade. Por fim, informar a população dos seus direitos em relação ao plano de saúde.

¹ Graduando em Direito pela Universidade Tiradentes - UNIT. E-mail: renata_unit@hotmail.com

Dentro deste contexto jurídico pretende-se explicar por que existe no Brasil uma demanda gigantesca de processos em relação aos planos de saúde já que os fornecedores deste tipo de serviço, como previsto nas relações de consumo, devem respeitar os princípios constitucionais e os presentes no Código de Defesa do Consumidor. Ademais, precisam ser prestado ao consumidor uma política educacional direcionada ao contribuinte do plano de saúde.

O cenário brasileiro em relação a este tema é bastante conturbado, pois desde sua criação existe um conflito de interesses entre os usufrutuários e provedores de plano de saúde. Esta conflagração acontece uma vez que os primeiros primam por um serviço de qualidade, diferentemente dos provedores que visam por lucros. Portanto, percebe-se que os objetivos dos polos da demanda são totalmente opostos, conseqüentemente a dificuldade de chegar-se a um consenso apesar das mudanças trazidas pela Constituição Federal de 1988 e Código de Defesa do Consumidor.

Este tema explorado possui vastos meios para que o consumidor tenha seus direitos garantidos mediante os seguintes meios jurídicos, quais sejam, a Lei de nº 9.656/98, sendo esta base norteadora desta pesquisa, bem como a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, as resoluções normativas, as medidas provisórias, as súmulas, as jurisprudências e as outras leis.

No primeiro capítulo desta pesquisa, fora abordado o advento do plano de saúde por meio de uma evolução histórica visto que este só surgiu, no Brasil, na década de 80, antes desse período havia o contrato de seguro saúde, ressalta-se que possui uma sistemática diferente do plano de saúde e depois emergira assistência médica para os trabalhadores. Com o surgimento da Constituição Federal de 1988 e Código de Defesa do Consumidor, estes modificaram o panorama do plano de saúde no Brasil em razão de suas inovações trazidas.

No segundo capítulo, este tratará o contexto histórico da Lei de Plano de Saúde a qual surgiu para combater os abusos executados pelas fornecedoras dos planos de saúde, além de apresentar as alterações ocasionadas por esta lei no tocante a aclarar ao consumidor os tipos de contratos e qual legislação a ser aplicada, pois a mesma desaponta alguns anos após a Carta Magna e lei consumerista. E depois, conceitua o que vem a ser o plano de saúde dentro do contexto da lei e do CDC. Averiguar-se-ão os tipos de coberturas que poderão ser oferecidos aos consumidores brasileiros, conceituando-os, diferenciando-os e informando os tratamentos ofertados por cada tipo de plano.

No terceiro capítulo, analisar-se-ão as práticas abusivas ocasionadas pelas operadoras dos planos de saúde por meio da definição do que venha a ser prática abusiva no Código de Defesa do Consumidor e na doutrina vigente e suas consequências para os beneficiários. Outrossim, proporcionará os entendimentos pertinentes tanto na doutrina, como de algumas jurisprudências do STJ e STF com a finalidade de elucidar o real motivo por trás do vultoso número de demandas processuais presentes nos referidos tribunais superiores. Ao final, refletir as consequências ocasionadas pelos julgados dos órgãos superiores nos consumidores e na sociedade e retratar os benefícios e malefícios da ANS no que diz a respeito o gerenciamento dos planos de saúde existentes no Brasil.

A produção deste artigo fora gerada através do o método de abordagem dialético já que visa comparar a situação do consumidor, neste caso, contribuinte do plano de saúde com a do fornecedor, *in casu*, a operadora de plano de saúde demonstrando a vulnerabilidade daquele em relação a esta.

Contendo como métodos auxiliares o histórico em razão de antes, a relação consumerista ter sido tratada pelo Código Civil, contudo atualmente adota o Código de Defesa do Consumidor, e, o comparativo visto que trata de sujeitos opostos nas demandas judiciais.

Já no tocante ao método de abordagem ao que se refere aos objetivos será qualitativo porque trará a luz uma análise da lei de plano de saúde e das jurisprudências no tocante a esta lei. Por último, a técnica de trabalho abordada será bibliográfica pelo motivo de ter por base obras de autores de livros, leis, Código de Defesa do Consumidor, jurisprudências e sites eletrônicos.

Este trabalho apresenta como motivo ensejador às máculas trazidas a partir da visualização dos meios de comunicação, tais como, televisão e internet, em razão destes serem os meios mais acessíveis a todos os brasileiros e também por ser recorrente a vinculação do problema da falta de informação dos contribuintes em relação aos tipos de planos de saúde escolhidos por eles e também a omissão de prestação dos serviços contidos nos contratos de plano de saúde prometidos pelos fornecedores.

Este artigo científico é relevante no que concerne à difusão dos direitos dos consumidores no tocante ao plano de saúde e, desta forma, trazer ao consumidor mais conhecimento em relação ao seu papel de cidadão nas relações de consumo, e consequentemente mais conhecedor dos seus direitos. Da mesma maneira, pretende-se

clarificar acerca dos entendimentos dos tribunais superiores em relação aos assuntos conflitantes existentes nas relações consumeristas no que se refere ao plano de saúde.

2 PANORAMA HISTÓRICO DO PLANO DE SAÚDE NO BRASIL

Antes da existência do plano de saúde, havia os contratos de seguro-saúde que consistiam no princípio da solidariedade em que todos os contribuintes depositam dinheiro para que a prestadora de serviço administre com a finalidade em um momento futuro os contratantes utilizem os serviços médicos em um momento necessário. Sendo importante ressaltar que este se diferencia do plano de saúde já que o mesmo admite a modalidade de reembolso de despesas médicas, não permitido nos planos de saúde. Os contratos de seguro-saúde eram regulados pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) e regidos pela legislação brasileira, quais sejam, Código Civil, Código Comercial e Decreto Lei 73/66.

O plano de saúde no Brasil estoura como um grande negócio no final da década de 80 porque antes deste período existia uma assistência médica que era fornecida pelo empregador ao empregado, sendo denominada de caixa de assistência aos funcionários. Essa assistência oferecida pelo empregador tinha o objetivo de que o empregado reduzisse o número de faltas ao serviço e tendo como particularidade de ser um benefício ao trabalhador.

No entanto, no final da década de 80 que surge o plano de saúde conforme é ditado na atualidade em que oferece planos de saúde individuais aos beneficiários, os planos de saúde familiares e como também planos de saúde coletivos. Vale destacar que nesses planos de saúde sempre terá como característica um caráter de assistência médica suplementar visto que cabe ao Estado fornecer saúde de qualidade a população.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 e o Código de Defesa do Consumidor surgem grandes transformações no cenário da saúde brasileira.

No que se refere à Carta Magna, esta trouxe a universalização da saúde aos brasileiros através do SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado executá-la de forma que atinja a todos de forma igualitária e sem que haja nenhuma contribuição, pois a saúde nos tempos atuais funciona como uma rede protetiva dentro da Seguridade Social.

Entretanto, antes da Constituição Federal de 1988, à saúde não era um direito universal como se apresenta na atualidade, todavia só cabia aos trabalhadores os quais

contribuíam para manutenção do regime de previdência social, sendo assim quem de alguma forma não preenchesse esses requisitos ficaria a mercê das Santas Casas de Misericórdia ou de alguma organização não filantrópica. Portanto, percebe-se que a Lei Maior foi o marco para o aprimoramento da saúde no Brasil.

Observa-se ao longo da história brasileira que a prestação de serviço da saúde pública apresenta-se sempre num cenário de declínio em razão da falta de investimento financeiro neste setor e também, por número da população brasileira ser cada vez maior. Diante desta falta de estrutura na saúde pública, os brasileiros procuraram os planos de saúde com forma de suprir as carências provenientes do Estado.

Já no tocante ao Código de Defesa do Consumidor, este surge no Direito Brasileiro em 1990. Com o advento desta legislação pátria, houve uma maior amplificação na defesa do beneficiário do plano de saúde visto que antes, o usuário estava totalmente desprotegido, ocorrendo vários descasos.

Consoante a Súmula 469 do STJ, serão aplicados ao plano de saúde o Código de Defesa do Consumidor. Também pactuando da mesma premissa o voto do Ministro Ruy Rosado de Aguiar: “a operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços renumerados à população tem a sua atividade regida pelo Código de Defesa do Consumidor, pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota”. (Resp. 267.530/SP, Rel. Ruy Rosado de Aguiar, DJe. 12/3/2001)

3 A LEI DE PLANO DE SAÚDE

3.1 Histórico da Lei de Plano de Saúde

A Lei de nº 9.656/98 também denominada de Lei de Plano de Saúde, desponta no cenário das leis brasileiras após 10 anos da Constituição Brasileira. O grande motivo do surgimento desta lei fora que não havia regulamentação contra os abusos cometidos pelas operadoras de saúde, ao longo deste artigo notará a permanência de alguns tipos de conduta, sendo perceptível através de várias reclamações no PROCON e de vários processos judiciais.

Esta lei fora elaborada com a participação dos envolvidos na relação de consumo do plano de saúde; associação e entidades de médicos; portadores de patologias e entidades de defesa do consumidor, exceto os operadores do plano de saúde que tentaram dificultar ao máximo a criação desta lei.

Apesar da oposição dos fornecedores do plano de saúde, fora editada a Lei de Plano de Saúde no dia 3 de junho de 1998. Esta lei trouxera ao cenário legislativo brasileiro algumas mudanças, principalmente, para as operadoras de saúde, tais como: fora proibido excluir contratação de plano de saúde em razão da idade, fora vedado constituir um número limite de dias para as internações, houvera restrições no que se referem às carências impostas pelas prestadoras de saúde, dentre outras.

Embora estas transformações tenham sido acrescidas na lei, todavia foram necessárias executar várias medidas provisórias imediatamente após a promulgação com a finalidade de corrigir erros e imperfeições presentes nela. Além disso, as resoluções normativas são também geradas constantemente com o objetivo de suplementar a lei visto que a medicina evolui rapidamente buscando garantir ao usuário tratamentos avançados.

Outra grande alteração proporcionada fora à regulamentação dos planos de saúde a partir desta lei, com o nascimento desta na legislação brasileira fez surgir os contratos novos, velhos e adaptados.

Os contratos novos foram os contratos celebrados após a lei, porém ressalta-se que vigência somente ocorrera em 1º de janeiro de 1999, apesar de ter sido lei ser promulgada em 3 de junho de 1998. Então, os contratos celebrados entre usuário e operador de plano de saúde a partir da data vigência da lei é que serão denominados contratos novos. Estes tipos de contratos serão regidos pela Lei de Plano de Saúde e haverá a complementaridade do Código de Defesa do Consumidor.

Os contratos velhos são os realizados antes da data de vigência da Lei de Plano de Saúde. Sendo importante constar que não é mais permitida a celebração de tal contrato. Este tipo de contrato será regido atualmente pelo Código de Defesa do Consumidor.

Os planos adaptados são aqueles que foram celebrados antes Lei de nº 9.656/98, mas adotam as regras estabelecidas pela Lei de Plano de Saúde, estas regidas pela ANS, diferentemente do contrato velho que adota o CDC.

Além da união da Lei de nº 9.656/98 com as medidas provisórias, ainda fora acrescentada a Lei de nº 9961/00 que tem por objetivo a criação e regulamentação das atribuições da ANS².

² Segundo Guia de Direito à Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma autarquia responsável pela regulação do setor de planos de saúde. (BRASIL, Idec. Guia do Direito à Saúde. Disponível em: <http://www.guiadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf>. Acesso em: 01 maio 2015.)

Sendo estas leis e as medidas provisórias as principais formas de defesas do usuário do plano de saúde atualmente. Observa-se que apesar das existências destas, o usuário do plano de saúde também pode se utilizar de resoluções normativas, portarias emitidas pela ANS, súmulas tanto do STJ quanto do STF e jurisprudências.

Portanto, consoante o pensamento de Trettel (2010, p.34): “O processo de regulamentação do setor de plano de saúde foi difícil e truncado, com forte pressão de associações médicas e de consumidores, de um lado, e muita resistência das operadoras de planos de saúde, de outro”.

Percebe-se, então, a partir desta citação que a efetivação da Lei de Plano de Saúde fora uma conquista bastante árdua em razão de existirem interesses opostos, ou seja, de um lado havia os beneficiários e as associações médicas que clamavam por melhorias nos termos de ajustamento dos contratos, buscando com isso o aumento na porcentagem repassada para o profissional de saúde, bem como um controle maior sobre as práticas abusivas, além de melhores e sofisticados tratamentos com intuito de amenizar o sofrimento do paciente. Já do outro lado, as operadoras que visam apenas lucros, sendo assim apresentavam resistência para aprimorar os pedidos do lado oposto.

3.2 Conceito

Com a introdução da Lei nº 9.656/98 (Lei de Plano de Saúde) na conjuntura legislativa brasileira, esta apresentou o conceito de plano privado de assistência à saúde o qual de forma breve traz a ideia de prestação de serviço continuada, sendo especializado em tratamentos e consultas médicos e/ou odontológicos, desde que estejam previstos no contrato pactuado entre o consumidor e o fornecedor. Contudo, o plano de saúde é uma assistência médica complementar. Sendo assim, conforme esta lei em seu art. 1º, I, o plano de saúde é definido como:

Art. 1º [...]

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

contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

Ressalta-se que a operadora de plano de saúde sempre será uma pessoa jurídica de direito privado, podendo ser constituída sob a forma de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou até mesmo sob a entidade de gestão, visto que o plano de saúde tem como característica assistência complementar à saúde em razão de ser competência do Estado fornecer condições de saúde a população, consoante se encontra no art.196 da Constituição Federal.

Ainda de acordo com a Carta Magna, esta preceitua em seu art. 199, §2º que as instituições privadas com fins lucrativos, por exemplo, as prestadoras de plano de saúde, são proibidas de receber a destinação de recursos públicos tanto para auxílio quanto para as subvenções sociais.

O plano de saúde tem com finalidade prestar serviços médicos, hospitalares, odontológicos e tratamentos ao usuário, consoante o estipulado no contrato.

O contrato de plano de saúde é classificado como contrato de adesão já que as cláusulas contratuais já são prefixadas, de forma unilateral por uma das partes, neste caso o operador de plano de saúde. Sendo ratificado este conceito no art. 54 do CDC:

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

[...]

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

Apesar do consumidor não poder expressar as suas vontades neste tipo de contrato, ele será protegido pelo art. 54,§ 4º do CDC, isto é, caso alguma cláusula venha a limitar alguns de seus direitos presente no Código de Consumidor ou na Lei de Plano de Saúde, conseqüentemente a cláusula deverá ser redigida de forma a beneficiar o lado mais fraco na relação consumerista.

O plano de saúde possui a sistemática de funcionamento bem parecida com a dos contratos de seguro saúde, pois, ambos partem do princípio da solidariedade, contudo são institutos distintos. Sendo assim, todos os usuários pagam o valor do plano de saúde, caso haja a ocorrência do sinistro, a operadora do plano de saúde arcará com as despesas mesmo que esta seja superior à soma dos valores já pago pelo beneficiário. Por

consequente, o plano de saúde funciona como uma poupança para eventos, no que diz a respeito ao estado de saúde do usuário, que venham ocorrer no futuro.

3.3 Tipos de Coberturas de Plano de Saúde

Conforme o art. 10 e 12 da Lei nº 9.656/98 existe o plano de referência, sendo este o plano de saúde mais completo em razão de abranger consultas médicas, exames, internações e partos, bem como os planos segmentados os quais oferecem apenas um ou mais destes tipos de serviço, são eles: ambulatorial; hospitalar com obstetrícia; hospitalar sem obstetrícia e plano odontológico. Cabe salientar que a realização destes procedimentos, partos e consultas são abrangidos por esta lei, todavia deverão ocorrer exclusivamente no Brasil.

Apesar de existir essa classificação em plano de referência e plano segmentado, estão excluídos da cobertura de ambos os planos, segundo os incisos do art. 10 da Lei nº 9.656/98, os seguintes tratamentos e procedimentos: procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Fora acrescida estes incisos em conformidade com a Medida Provisória nº 2.177-44/2001 os quais também não serão oferecidos aos usuários, quais sejam, fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico e tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

Observa-se que em decorrência da vigência da Lei nº 12.880/2013 fora acrescida o inciso IV a Lei de Plano de Saúde o qual aduz que o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12.

Frisa-se que consoante o entendimento do STJ, este artigo refere-se a um rol taxativo, ou seja, *numerus clausus*. Ademais, essas exceções poderão ser revogadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) a qualquer momento desde que haja uma devida análise técnico-atuarial de acordo com o art. 10, §1º desta lei.

3.3.1 Plano de referência

No que concerne o plano de referência, este também é denominado de plano de seguro referência. Este tipo de cobertura é o mais abrangente, servindo de parâmetro para os outros tipos de cobertura. Apesar de apresentar essa característica, qual seja, de ser o plano mais completo também possui exceções, estas presentes no art. 10 da Lei nº 9.656/98.

O plano de referência deve existir de forma obrigatória em todas as operadoras de saúde a partir 3 de dezembro de 1999, sendo excluído quando se tratar de empresas de saúde que adotam o sistema de autogestão e aquelas que fornecem somente planos odontológicos, consoante art. 10, §3º da Lei de Plano de Saúde.

3.3.2 Ambulatorial

O plano de saúde que oferece a cobertura ambulatorial restringe-se a consultas médicas, estas podem ser de forma ilimitada, no entanto, deverão ser realizadas em clínicas básicas e especializadas desde que reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, diante do art.12, I, a da Lei nº 9.656/98.

Também serão executadas coberturas de serviços de apoio diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos desde que solicitado pelo médico e, por fim, incorporarão tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvante. Frisa-se que na lição de Melo Neto, caso haja necessidade de consultas médicas, exames e tratamentos serem realizados com o apoio hospitalar, estes serviços não poderão ultrapassar mais de doze horas dentro da unidade hospitalar.

Por conseguinte, essas coberturas estão restritas ao âmbito do consultório médico e não cobre nenhum tipo de internação hospitalar.

3.3.3 Hospitalar

Na cobertura hospitalar, diferentemente do plano ambulatorial, abrange a internação, mas não inclui as consultas médicas. Este tipo de cobertura se subdivide em hospitalar sem obstetrícia e em hospitalar com obstetrícia.

O primeiro fará a cobertura, consoante o art. 12, II da Lei nº 9.656/98, internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, todavia é proibido o limite de prazo para internação, pois trata de cláusula abusiva segundo a Súmula 302 do STJ.

Também permitirá a internação em centro de terapia intensiva; deverão abranger despesas dos serviços médicos, de enfermeiros, alimentação; exames complementares contanto que estes tenham a finalidade de controlar a evolução da doença, fornecer medicamentos, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

Além de incluir taxas hospitalares; despesas de acompanhante, sendo o paciente menor de dezoito anos e cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar.

Já para a cobertura de plano hospitalar com obstetrícia, neste caso conterà toda a abrangência do plano hospitalar sem obstetrícia, como também cobertura assistencial para o recém-nascido durante o prazo de trinta dias após o parto e inscrição assegurada ao recém-nascido, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção, conforme o art. 12, III da Lei nº 9.656/98.

3.3.4 Odontológica

Neste tipo de plano não existe obrigatoriedade de ser fornecido pelos planos de saúde, de modo que a Lei de Plano de Saúde permite que seja fornecido ao beneficiário de forma isolada ou em conjunto com outros tipos de cobertura, todavia o contrato deverá ser bastante claro em relação a sua inclusão ou exclusão.

Caso haja o fornecimento da cobertura odontológica deverá conter, segundo o art. 12, IV da Lei nº 9.656/98, cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares uma vez que solicitados pelo odontólogo assistente; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia e cobertura de cirurgias orais menores, ou seja, aquelas realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

3.4 Modalidades de Contratação

As formas ou as modalidades de contratação existentes no panorama do plano de saúde brasileira são individuais ou coletivas.

A contratação individual consiste quando o indivíduo decide contratar um plano de saúde para uso próprio ou de dependentes, *in casu*, seus familiares. Coaduna com esse conceito o entendimento de Reinaldo Filho em que define como “aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, facultada ou não a inclusão de seus dependentes ou grupo família”.

Já no que se refere à contratação coletiva, estes representam 73,5% ³do mercado nacional de plano de saúde, funda-se na assinatura “entre uma pessoa jurídica e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde da massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou de sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante”(ANS, *apud* TRETTEL, 2010, p.26).

Os contratos coletivos se subdividem em: com patrocinador e sem patrocinador. Os primeiros são quando “as mensalidades no todo ou em parte é paga pela pessoa jurídica contratante direta”, já o coletivo sem patrocinador é quando “a mensalidade é totalmente paga pelo usuário diretamente à operadora”, conforme Trettel (2010, p.27).

Os contratos coletivos e individuais são semelhantes, pois podem ser estendidos a seus familiares. Contudo, divergem porque nos contratos coletivos não existe a necessidade de cumprir carência antes de utilizarem serviços médicos.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NA SOCIEDADE BRASILEIRA

4.1 Práticas Abusivas Cometidas pelos Fornecedores

4.1.1 Conceito

As práticas abusivas estão presentes no Código de Defesa do Consumidor o qual apresenta um rol não taxativo de condutas contidas no art. 39 desta legislação pátria.

³ Segundo ANS, quanto à modalidade de contratação, os contratos coletivos dominavam o mercado: em setembro de 2008, do total de contratos de assistência médica, 73,5% eram coletivos e 20,5% eram individuais ou familiares. (*apud* TRETTEL,2010, p. 45)

Esse tipo de prática é bastante presente nas relações consumeristas em diversas fases do contrato.

As práticas abusivas consistem em atos que vão de encontro aos bons costumes e boa-fé, estas praticadas pelo fornecedor na tentativa de ludibriar o consumidor, enfim, afronta as normas de proteção do consumidor. Sendo assim, merece destaque o seguinte conceito:

De maneira concisa, práticas abusivas são ações ou condutas do fornecedor em desconformidade com os padrões de boa conduta nas relações de consumo. São práticas que, no exercício da atividade empresarial, excedem os limites dos bons costumes comerciais e, principalmente, da boa-fé, pelo que caracterizam o abuso de direito, considerando ilícito pelo art. 187 do Código Civil. Por isso são proibidas. (CAVALIERI FILHO, 2014, p. 159)

No mundo jurídico, as práticas abusivas ocorrem na fase pré-contratual, ou seja, fase das tratativas; na contratual em que ocorrem no momento do contrato e pós-contratual que acontecem após a contratação.

Em conformidade com o artigo de Gonçalo Ribeiro de Melo Neto e livro de Daniela Batalha Trettel, as práticas abusivas cometidas contra os usuários do plano de saúde mais recorrentes são: limitação temporal nos casos de internamento, negatização de cobertura de doenças e procedimentos, as doenças preexistente e suspensão ou rescisão contratual de forma arbitrária. Ademais, também é uma prática abusiva o reajuste dos contratos coletivos de saúde por adesão, esta não contida no artigo e nem livro supracitados.

4.1.2 Limitação temporal nos casos de internamento

Atualmente, este tipo de prática encontra-se resguardada pelo art.12, II e III da Lei nº 9.656/98 o qual consta que será vedado à internação hospitalar por limite de prazo, valor máximo e quantidade tanto para clínicas básicas e especializadas quanto para centro de terapia intensiva.

Depois de reiteradas ações nesse sentido, ou seja, de terem sido determinados prazos limitando dias de internação, sendo assim desrespeitados os direitos dos usuários, como consequência fora editada a Súmula nº 302 do STJ a qual assevera: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

Frisa-se que essas regras somente serão aplicadas aos planos de referência, hospitalar com e sem obstetrícia.

4.1.3 Negativa de cobertura de doenças e procedimentos

Consoante o art. 10, caput da Lei nº 9.656/98, os planos de saúde devem oferecer aos usuários o guarneimento destes em relação às doenças da lista de Classificação Estatísticas Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde. Atualmente, esta qualificação é mais conhecida por CID, sendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a responsável por mantê-la, apresenta também como função ter um banco de dados no cenário mundial como controle das enfermidades. Todavia o mesmo artigo traz um rol taxativo o qual a operadora de plano de saúde não é obrigada a oferecer.

Chega-se a conclusão que os contratos novos como são resguardados pela lei, sendo assim não enfrentam grandes dificuldades. Todavia ainda persiste a problemática no tocante aos transplantes e procedimentos de alta complexidade já que as normas são editadas pela ANS, pois, esta autarquia editou a garantia hospitalar apenas para os transplantes de rim, de córnea e de medula autólogo e alogênico.

Ora, destaca-se que o transplante de medula alogênico fora autorizado pela Resolução Normativa 211/2012, já os demais transplantes foram regulados pela Resolução Normativa 167/2008. Essas resoluções normativas foram revogadas, entretanto vigora atualmente garantindo estes tipos de transplantes a Resolução Normativa 338/2013.

Além do mais, segundo informações do Idec contida no folheto intitulado de *Os transplantes são cobertos pelos planos de saúde?*, o fornecedor do plano de saúde deve cobrir:

despesas necessárias à realização do transplante, inclusive as despesas assistenciais com doadores vivos; os medicamentos utilizados durante a internação; o acompanhamento clínico durante o pós operatório; exceto medicamentos de manutenção. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS também devem ser cobertas.

No entanto, o maior problema do não fornecimento de tratamento e procedimentos médicos reside nos contratos velhos, pois, nesses não havia previsão legal, bem como existiam cláusulas contratuais de não coberturas dessas enfermidades. A solução adotada para questão, esta já pacificada pelo STJ, fora que este tipo de contrato deve seguir a lista de Classificação Estatísticas Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde, como ocorre nos contratos novos.

Apesar da lei e das resoluções normativas, este tipo de prática abusiva continua a persistir em razão dos planos de saúde visarem apenas o lucro, mas o caminho a ser feito é busca pelos órgãos de defesa do consumidor e justiça brasileira.

4.1.4 Doenças preexistentes

Primeiramente, é válido esclarecer o conceito de doença ou lesão preexistente, consoante a ANS em seu folheto informativo denominado de *Rol de Procedimentos Vigente*, qual seja, “aquelas doenças de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação de um plano de saúde”.

Caso o beneficiário seja portador de uma doença preexistente, este venha a contratar o plano de saúde, em relação à doença, esta só terá cobertura após um período de 24 (vinte e quatro) meses da efetivação da assinatura do contrato, consoante o art. 11 da Lei 9656/98. Nesta lei é descrita de forma *ipsis litteris* que fornecedor do plano de saúde poderá negar-se a cobertura desse tipo de doença.

Consoante o STJ, para que haja a celebração de contrato de serviços para saúde, antes da efetivação do acordo é necessária à realização de um exame prévio com a finalidade que seja constatada uma doença. Ainda conforme pensamento de Melo Neto deve existir uma análise cautelosa caso a caso, diferenciado a má-fé e boa-fé do consumidor para que não incorra em injustiças.

4.1.5 Suspensão ou rescisão contratual de forma arbitrária

Apesar de a relação consumerista ser pactuada por meio de acordo, o fornecedor não poderá impor ao consumidor cláusula que restringe seus direitos ou obrigações fundamentais. Sendo assim o art. 51, XI do CDC veda ao fornecedor que autorize o cancelamento de contrato de forma unilateralmente sem que haja concessão de igual direito ao consumidor.

Destarte, o art. 13 da Lei nº 9.656/98 corrobora com este inciso do Código de Defesa do Consumidor o qual trouxe algumas restrições em relação à suspensão ou rescisão do contrato na ocorrência de inadimplência dos beneficiários do plano de saúde.

A primeira ressalva feita no parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98, fora proibido suspender ou rescindir o contrato por um pagamento não efetuado em um

período superior a sessenta dias, podendo ser consecutivos ou não, durante os últimos doze meses da vigência do contrato. Ainda sim, faz necessária a notificação prévia do favorecido pelo fornecedor do plano de saúde até quinquagésimo dia da inadimplência. É importante esclarecer que caso o consumidor incorra em fraude, o contrato será rescindido imediatamente.

A segunda ressalva a qual será observada é em relação à modalidade de contratação, caso o contrato seja de forma individual ou familiar, a vedação será imposta; todavia em se tratando de planos coletivos ou em grupos não serão atingidos.

A última ressalva, esta fora de suma importância para os consumidores, por conseguinte trouxe para estes o direito em caso de não pagamento das mensalidades do plano de saúde nos últimos sessenta dias mesmo que tenha havido a notificação prévia que permaneçam internados.

Portanto, faz necessária análise dessas três de forma cumulativa para que seja aplicada a rescisão ou suspensão de forma unilateral pelo fornecedor de plano de saúde.

4.1.6 Reajuste dos contratos coletivos de saúde por adesão

O reajuste dos contratos coletivos de saúde em decorrência da sinistralidade não é regulamentado pela ANS, esta agência reguladora apenas controla os contratos individuais e familiares de plano de saúde, conforme o art. 2º da Resolução Normativa n. 19/2002, cabendo aos contratos coletivos apenas o monitoramento. O tratamento diferenciado ocorre porque os fornecedores de plano de saúde coletivos e empresariais podem realizar negociações de preços diretamente com seus contratantes.

O reajuste anual, “é o aumento da mensalidade em função da alteração nos custos causados, pelo aumento de preço, utilização do serviço médicos e pelo uso de novas tecnologias” (ANS, 2011). No contrato coletivo são dois tipos de ajuste permitido pela lei, quais sejam: por mudança de faixa etária e por variação de custos. É válido destacar que este reajuste deve respeitar princípios da boa-fé objetiva, da razoabilidade e da proporcionalidade.

Apesar de a lei autorizar reajustes no contrato coletivo, ocorre que os fornecedores violam o art. 51, X do CDC, pois, consoante este artigo é vedado à variação do preço de forma unilateral por partes das operadoras. O usuário do plano de saúde tem o direito de saber de forma antecipada os seus ônus contratuais, caso

contrário incorre na abusividade pelas seguradoras e desrespeito aos princípios norteadores do Código do Consumidor.

Além do inciso acima violado, vai de encontro também ao inciso IV do mesmo dispositivo retrocitado já que implica em vantagem excessiva para o fornecedor, consequentemente mácula em desequilíbrio na relação consumerista, nesta o segurado é o polo mais fraco.

Diante do voto do Relator Luiz Ambra na apelação de nº 0107522-44.2009.8.26.0011 processada no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Penteado chega a seguinte conclusão no que se refere abusividade dos reajustes nos contratos coletivos de plano de saúde:

(a) a cláusula contratual que prevê esse tipo de aumento é abusiva e deve ser declarada nula; (b) que a majoração do valor da mensalidade deve respeitar os limites previstos pela ANS, mesmo se tratando de contrato de saúde coletivo por adesão; e (c) que eventual aumento por sinistralidade ou aumento de despesas médicas e administrativas deve trazer, de forma específica, as bases deste cálculo, de modo a permitir que o consumidor verifique a legalidade do aumento (PENTEADO)

Por fim, apesar do tratamento diferenciado entre as modalidades de contratação para uma melhor efetivação das relações de consumo equilibrada deverá haver uma participação estatal por meio de políticas públicas do Poder Judiciário no ajuste do índice de sinistralidade e em relação à ANS, esta deveria assumir uma função fiscalizadora no tocante aos planos de saúde coletivos.

4.2 Entendimento dos Tribunais Superiores em relação aos Conflitos de Plano de Saúde

No que diz a respeito ao Supremo Tribunal Federal, este órgão judiciário não se pronuncia no tocante ao mérito das lides entre os usuários e fornecedores do plano de saúde, diferentemente do Superior Tribunal de Justiça que contribui na confirmação ao direito de saúde manifestando-se nessas questões, sendo, portanto, a última instância a se recorrer no Brasil.

Em relação à limitação temporal nos casos de internamento, diante dos reiterados casos, o STJ unificou o seu entendimento surgindo a Súmula 320.

Já no que se refere à negativa de cobertura de doenças e procedimentos, esta prática abusiva era bastante recorrente sendo mais da metade das demandas presente no STJ. O motivo exacerbado de processos se dera porque os contratos antigos de plano de

saúde excluía a cobertura para enfermidades infectocontagiosas, principalmente a AIDS, todavia o posicionamento deste órgão da Justiça é no sentido de considerar abusiva a cláusula que exclui a cobertura destes tipos de doença. Além do que desrespeita o art. 10 da Lei de Plano de Saúde, pois em nada se falava em proibição desses tipos de patologia.

O parecer do STJ perante a negativa de procedimentos, consoante Trettel (2010, p. 110), fora que “em todas essas demandas, a tutela requerida pelo usuário foi conferida, garantindo-se a cobertura do procedimento.”

Os julgados do Superior Tribunal de Justiça em referência à doença pré-existente aduzem que se houve omissão pela fornecedora de plano de saúde em realizar o prévio exame do usuário, aquela arcará com as despesas médicas deste.

A apreciação do STJ de rescisão unilateral nos contratos coletivos por adesão encontra-se divergência jurisprudencial no sentido que alguns consideraram a cláusula abusiva por mais que se trata de modalidade de contrato coletivo, apesar de não expresso no art. 13, §1º da Lei nº 9.656/98. Portanto, caso apreciasse de forma contrária estaria ferindo o sistema protetivo do consumidor.

No entanto, para outras jurisprudências do mesmo órgão julgador fora relatando a possibilidade da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo visto que nesta relação contratual não tem o consumidor, isto é, o polo mais fraco; todavia existe uma relação de igualdade, pois, de um lado está à pessoa jurídica e do outro, uma operadora de planos de saúde. Nesse sentido, confirmam-se os seguintes precedentes: AgRg no AREsp n. 539.288/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, DJe de 9/2/2015; AgRg no Ag n. 1.157.856/RJ, relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, DJe de 27/6/2011; REsp n. 1.119.370/PE, relatora Ministra Nancy Andrigui, Terceira Turma, DJ de 7/12/2010.

Consoante às jurisprudências atuais no que concerne reajuste dos contratos coletivos de saúde por adesão, o entendimento é no sentido que pode existir o aumento nas mensalidades desde que os fornecedores de plano de saúde justifiquem e comuniquem aos usuários, bem como é necessário estabelecer um equilíbrio econômico-financeiro contratual, resguardando uma isonomia entre os dois polos desta relação consumerista. O reajuste anual nos contratos coletivos encontra como parâmetro o percentual regulamentado pela ANS aos contratos individuais, contudo é permitido que esse percentual ultrapassasse um pouco o limite estabelecido por esta agência reguladora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da exposição do presente tema, fora constatado que a população brasileira só atingiu a aquisição a saúde como direito de todos com o advento da Constituição Federal de 1988, todavia esse direito não é exercido de forma plena e satisfatória para os cidadãos. Sendo assim, estes recorrem aos planos de saúde almejando uma melhor qualidade de assistência à saúde, contudo deparam-se mais uma vez com obstáculos, ou seja, seus anseios não são atendidos visto que se esbarram com a burocracia dos fornecedores de plano de saúde.

O Código de Defesa do Consumidor foi um grande avanço nas relações de consumo, sendo este muito presente nas decisões dos tribunais no que concerne as lides envolvendo os usuários e as operadoras de plano de saúde, principalmente utilizando seus princípios como forma de nortear as decisões. Já Lei de Plano de Saúde fora conquistada de forma árdua na sociedade brasileira trazendo inovações aos direito dos beneficiários, porém ainda apresenta lacunas e imprecisões em seu conteúdo, fazendo necessária uma complementação desta com os demais recursos presente no ordenamento jurídico, quais sejam, resoluções normativas, medida provisória, súmulas, jurisprudências e leis.

Apesar de todo o aparato jurídico, os fornecedores de plano de saúde continuam em persistir em cometer práticas abusivas demandado do Poder Judiciário decisões mais contundentes com a finalidade de impor um equilíbrio contratual na relação consumerista. Os motivos perpetuadores desta prática são a falta de conhecimento por parte dos usuários, burocracia administrativa e judicial e lentidão da máquina judicial.

Ademais, carece da ANS uma efetivação de fiscalização e punição no exercício de suas atividades, bem como incorporar no desenvolvimento destas tarefas os entendimentos já pacificados da Constituição, CDC e Lei de Plano de Saúde e demais métodos garantidores do direito do consumidor e cooperar com na ampliação de direitos e cessar com as omissões presentes na legislação.

Sendo assim, ainda é necessário destacar a ausência de participação do STF nas demandas referentes ao plano de saúde, pois este órgão julgador não adentra na questão de mérito desses conflitos. Além disso, o consumidor ainda enfrenta as divergências presentes nas turmas do STJ no tocante algumas temáticas relacionadas à saúde,

ocasionando a incerteza ao usuário do plano de saúde, apesar da vida prevalecer sobre outros direitos fundamentais.

Portanto, mesmo diante das decisões judiciais as quais favorecem aos beneficiários do plano de saúde, esses enfrentam processos burocráticos no pior momento de sua vida, conseqüentemente passam por momentos de angústia e frustração. Mesmo perante essas situações percebe-se a preservação da visão contratualista dos nossos julgadores já que eles primam pela letra da lei e não priorizando o direito à saúde, conforme aduz a Constituição Federal. Dessa forma, faz-se necessário que as medidas implementadas priorizem o direito à saúde em sua totalidade, pois é direito fundamental mesmo em se tratando de relações particulares.

REFERÊNCIAS

BRASIL, ANS. **Rol de procedimentos vigente**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/17-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/441-rol-de-procedimentos>>. Acesso em: 04 out. 2015. (folheto)

_____, _____. Planos de saúde: guia prático. **Dicas úteis para quem tem ou deseja ter um plano de saúde**. Rio de Janeiro, 2011, p 19. Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/folder_guia_pratico.pdf>. Acesso em: 13 maio 2015. (folheto)

_____, _____. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 19 de 25 de março de 1999. Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=287>>. Acesso em: 09 out. 2015.

_____, _____. Resolução Normativa nº167 de 9 de janeiro de 2008. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=1242>>. Acesso em: 09 out. 2015.

_____, _____. Resolução Normativa nº 211 de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1575>>. Acesso em: 09 out. 2015.

_____, _____. Resolução Normativa nº 338 de 21 de outubro de 2013. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2591>>. Acesso em: 09 out. 2015.

_____, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 14 ago. 2015.

_____, IBGE. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Disponível em: <<http://concla.ibge.gov.br/classificacoes/por-tema/saude/cid-10>>. Acesso em: 04 set. 2015.

_____, Idec. **Planos de Saúde: conheça seus direitos contra abusos e armadilhas**. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/folheto-plano-saude.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015. (folheto)

_____, _____. **Guia do direito à saúde**. Disponível em: <http://www.guiadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf>. Acesso em: 01 maio 2015. (folheto)

_____, _____. Os transplantes são cobertos pelos planos de saúde? Disponível em: <<http://www.idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/os-transplantes-sao-cobertos-pelos-planos-de-saude>>. Acesso em: 04 out. 2015. (folheto)

_____, Planalto. Código de Defesa do Consumidor. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____, Planalto. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____, _____. Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013. Altera a lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. Diário Oficial da União. Seção 1. Edição Extra. 13/11/2013. Disponível em: <<http://www.contabeis.com.br/legislacao/62944/lei-12880-2013/>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

_____, _____. Medida Provisória nº 2.177-41 de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de

assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm>. Acesso em: 01 nov. 2015.

_____, Superior Tribunal de Justiça. Súmula n.º 302. É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/sumula-organizada,stj-sumula-302,2685.html>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

_____, _____. Súmula n.º 469. Aplica-se o código de defesa do consumidor aos contratos de plano de saúde. Disponível em: <<http://jus.com.br/forum/292529/sumula-469-do-stj-codigo-de-defesa-do-consumidor-e-aplicavel-a-contratos-de-planos-de-saude>>. Acesso em: 13 maio 2015.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de direito do consumidor**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 17 ed., rev., atual e ampliada. Rio de Janeiro: Impetus, 2012.

MELO NETO, Gonçalo Ribeiro de. **Práticas abusivas nos contratos de plano de saúde e atuação do Ministério Público**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 10 out. 2010. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.29238&seo=1>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

MENDES, Pedro Puttini. **Contratos de planos de saúde**. IDISA, 2011. Disponível em:<<http://www.idisa.org.br/img/File/Contratos%20de%20Planos%20de%20Saude.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

PASE, Sharon; VIEIRA, Cecy Mitie Furusawa. **A proteção contratual do consumidor em planos privados de saúde e análise das investigações preliminares no PROCON/SM no ano de 2009**. Âmbito Jurídico. Disponível em:<http://ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=9558&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em 27 abr. 2015.

PENTEADO, Maria Izabel. A ilegalidade cometida pelas seguradoras no reajuste dos **contratos coletivos de saúde por adesão, em afronta ao limite estabelecido pela ANS**. Âmbito Jurídico. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13167&revista_caderno=10>. Acesso em: 07 out. 2015.

REINALDO FILHO, Demócrito. **A natureza jurídica do plano de saúde coletivo – sua repercussão em termos de abusividade da cláusula que permite o reajuste por sinistralidade**. Âmbito Jurídico. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4142>. Acesso em: 08 mar. 2015.

SEGUNDA seção aprova súmula sobre plano de saúde. **STJ**. Brasília, 26 nov. 2010. Disponível em:<

http://stj.jus.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texto=99986>.
Acesso em: 04 jun. 2015.

SOUZA, Amanda Thais Zanchi de. **Os planos de saúde como contratos de consumo.** Direito Net, 24 maio 2005. Disponível em: < <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2060/Os-planos-de-saude-como-contratos-de-consumo>>. Acesso em: 13 maio 2015.

TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de saúde na visão do STJ e do STF.** 1ed. São Paulo: Verbatim, 2010.

HEALTH INSURANCE PLANS PROBLEMS IN BRAZIL

ABSTRACT: This article explains the Health Insurance Act and abusive practices resulting from private health care providers with the focus vision of the higher courts. Intended to demonstrate the Brazilian consumer front of the vulnerability to health care provider why not transmitting to consumers information during all procedural steps. Examines the historical context of the health plan and Law 9,656 / 98, as well as defines health plan, explaining the types of existing plans in Brazil, saying the contract modalities and consequences and finally brings the main practices abuse committed by suppliers and the positioning of the STF and the STJ on judicial action to promoting by these higher courts. For this purpose in this article is used as a theoretical basis: the Health Insurance Act, the Federal Constitution of Brazil, the Consumer Defense Code, the doctrine, the electronic sites, the normative resolutions, the provisional measure, the precedent, the case law and other laws. Finally, it is analyzed and is justified by the large number of lawsuits filed against health care providers.

Keywords: Consumer. Provider. Health Insurance Act. Abusive practices.