



**COORDENADORIA GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E  
EXTENSÃO – COGEAE**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO CONTRATUAL**

**MONOGRAFIA**

**CLÁUSULAS RESTRITIVAS DE DIREITOS NOS CONTRATOS DE PLANOS  
DE SAÚDE À LUZ DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

Andrea Uemura Sotopietra

2014

**ANDREA UEMURA SOTOPIETRA**

**CLÁUSULAS RESTRITIVAS DE DIREITOS NOS CONTRATOS DE PLANOS  
DE SAÚDE À LUZ DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

Trabalho de monografia apresentado ao Curso de Pós-graduação – *Lato Sensu* da Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão – COGAE da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Contratual.

Orientadora: Raquel Valesi

**São Paulo**

**2014**

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| Introdução .....  | 5  |
| 1. Breve evolução histórica do direito do consumidor no Brasil .....            | 6  |
| 2. Breve evolução histórica dos contratos de assistência médica no Brasil ..... | 9  |
| 3. Características gerais dos contratos de plano de saúde .....                 | 12 |
| 4. Legislação aplicável e Regulamentações .....                                 | 14 |
| 5. Características específicas dos contratos de plano de saúde .....            | 17 |
| 5.1. Diferenças entre planos coletivos e individuais .....                      | 17 |
| 5.2. Modalidades de planos .....  | 19 |
| 5.2.1. Plano Referência .....   | 19 |
| 5.2.2. Plano Ambulatorial .....   | 21 |
| 5.2.3. Plano Hospitalar sem Obstetrícia .....                                   | 22 |
| 5.2.4. Plano Hospitalar com Obstetrícia .....                                   | 23 |
| 5.2.5. Plano Odontológico .....   | 24 |
| 6. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor .....                            | 25 |
| 7. Cláusulas restritivas de direitos nos contratos de plano de saúde .....      | 27 |
| 7.1. Procedimentos incluídos e excluídos .....                                  | 34 |
| 7.2. Carência .....   | 38 |
| 7.3. Doenças e Lesões Preexistentes .....                                       | 40 |
| 7.4. Casos de urgência e emergência .....                                       | 43 |
| 7.5. Reajustes das Mensalidades dos planos de saúde .....                       | 44 |

|  |    |
|--|----|
| 7.6. Manutenção da condição de beneficiário .....  | 48 |
| 7.7. Rescisão do contrato .....  | 52 |
| 7.8. Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo .....   | 54 |
| 8. Responsabilidade objetiva dos planos de saúde e Responsabilidade solidária dos planos de saúde pelos médicos credenciados ..... | 56 |
| Conclusão .....  | 59 |
| Bibliografia .....   | 60 |

## **Introdução**

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma análise das cláusulas restritivas inseridas nos contratos de plano de saúde, bem como sua aplicabilidade no caso concreto quando vão de encontro com o Código de Defesa do Consumidor.

Busca também analisar as cláusulas restritivas sob a visão do Poder Judiciário do Estado de São Paulo, com um estudo acerca dessas cláusulas e a existência de súmulas acerca de cada assunto.

A análise das cláusulas restritivas nesse tipo de contrato é muito importante, tendo em vista que, ao inseri-las no contrato de plano de saúde, muitas vezes está se limitando o direito à saúde do indivíduo, bem como desvirtuando a natureza do contrato que é o de assistência médica e à saúde.

Desse modo, o tratamento dado pela doutrina e pela jurisprudência para o assunto, apoiados pela legislação vigente, demonstra a extrema relevância do tema.

A pesquisa, no entanto, não busca esgotar o tema, mas sim trazer e apontar as mais atuais discussões acerca do assunto, demonstrando as mais variadas posições existentes na doutrina e nas decisões dos Tribunais pátrios.

## 1. Breve evolução histórica do direito do consumidor no Brasil

As relações de consumo existem há décadas, sendo que o capitalismo contribuiu com o aumento de capitais, o enriquecimento e a acumulação de riquezas. Ocorre, no entanto, que o consumidor e o vendedor, nesse início, tratavam direta e pessoalmente, o que contribuía para um equilíbrio na relação<sup>1</sup>.

Com o passar dos anos, com a massificação da produção e incentivo ao consumo, bem como com a impessoalidade nas relações, houve a necessidade de se estabelecerem regras para que essa relação permanecesse equilibrada.

Pode-se iniciar a evolução jurídica do direito do consumidor citando-se o Código de Hamurabi, datado do século XVIII a.C. que já previa alguns preceitos acerca do assunto, dentre os quais podemos destacar:

### XIII – Médicos e veterinários; Arquitetos e Bateleiros

(...)

218º - Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o mata ou lhe abre uma incisão com a lanceta de bronze e o olho fica perdido, se lhe deverão cortar as mãos.

219º - Se o médico trata o escravo de um liberto de uma ferida grave com a lanceta de bronze e o mata, deverá dar escravo por escravo.

220º - Se ele abriu a sua incisão com a lanceta de bronze o olho fica perdido, deverá pagar metade de seu preço.

(...)

229º - Se um arquiteto constrói para alguém e não o faz solidamente e a casa que ele construiu cai e fere de morte o proprietário, esse arquiteto deverá ser morto.

---

<sup>1</sup> NORAT, Markus Samuel Leite. Evolução histórica do Direito do Consumidor. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 88, maio 2011. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9474](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9474)>. Acesso em set 2014.

(...)

232º - Se destrói bens, deverá indenizar tudo que destruiu e porque não executou solidamente a casa por ele construída, assim que essa é abatida, ele deverá refazer à sua custa a casa abatida.

233º - Se um arquiteto constrói para alguém uma casa e não a leva ao fim, se as paredes são viciosas, o arquiteto deverá à sua custa consolidar as paredes.

Embora outros povos possuíssem proteção ao consumo, essa proteção se baseava em costumes, inexistindo lei acerca do assunto.

Após isso, em 1891, surgiu nos Estados Unidos a denominada “*New York Consumer’s League*”, atual “*Consumers Union*”, que deu início efetivo à proteção do consumidor, a qual se espalhou para todo o mundo a partir do Século XX.

Em 1962, o presidente dos Estados Unidos John Fitzgerald Kennedy encaminhou ao Congresso Nacional Americano uma mensagem reconhecendo os direitos do consumidor, expressando os quatro direitos basilares do Direito do Consumidor, quais sejam, o direito à informação, à segurança, à escolha e de ser ouvido.

No Brasil a história do direito do consumidor inicia-se em 1933, quando surge o Decreto contra a Usura<sup>2</sup>, que versava sobre juros no contrato e foi a primeira norma de proteção ao consumidor como parte vulnerável na relação, e tem como base histórica a Revolução Industrial e a mensagem do Presidente dos Estados Unidos acima referida.

Em 1962 é criado o Conselho Administrativo de Defesa do Consumidor – CADE, em 06 de maio de 1976 é criado o Sistema Estadual de Defesa do

---

<sup>2</sup> Decreto 22.626/1933

Consumidor, atual Procon, em São Paulo, e em 1977 o então deputado federal Nina Ribeiro apresenta o primeiro projeto de lei do Código de Defesa do Consumidor.

Porém somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal é que os direitos do consumidor são reconhecidos como direito fundamental, no artigo 5º, inciso XXXII, que dispõe:

## TÍTULO II

### DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

#### CAPÍTULO I

##### DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

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

(...)

XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;

Nesse mesmo ano, 1988, iniciam-se os trabalhos para a elaboração do código de defesa do consumidor, o qual passou a vigorar somente em 1990 com a Lei nº. 8.078/90.

A história do direito do consumidor é importante para o presente trabalho, pois a partir de então muitas outras conquistas foram obtidas pelos consumidores, inclusive no tocante ao direito à saúde e nas relações com os planos de saúde, que atualmente são consideradas relações de consumo<sup>3</sup>, inclusive com edição de Leis Especiais e Súmulas acerca do assunto consumerista, cuja evolução será abordada no próximo capítulo.

---

<sup>3</sup> Súmula 469 do STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

## 2. Breve evolução histórica dos contratos de plano de saúde no Brasil

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>4</sup>.*

A leitura acima mostra que a saúde participa como direito fundamental da seguridade social para qualquer pessoa brasileira e, desta forma, a Constituição Federal, em seu artigo 199, também autorizou a participação das instituições privadas de forma complementar ao sistema único de saúde possibilitando que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada.

Ocorre que, antes mesmo da Constituição Federal de 1988, os contratos de plano de saúde para prestação de assistência particular já existiam. Assim, vejamos.

Na década de 40 e 50, iniciaram-se alguns programas de captação de recursos de empresas empregadoras e de seus empregados no setor público, originando a assistência privada à saúde no Brasil. Um exemplo de programa de captação de recursos para assistência à saúde é a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, criada naquela época, bem como o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários<sup>5</sup>.

No setor privado, a assistência à saúde teve sua origem nos sistemas assistenciais fornecidos pela indústria automobilística, em especial as grandes montadoras estrangeiras, que criaram esses sistemas assistenciais para seus funcionários como forma de garantir a assistência à saúde, como é o caso da Volkswagen que até hoje possui plano de saúde próprio.

---

<sup>4</sup> Constituição Federal da República, artigo 196.

<sup>5</sup> SIQUEIRA, Dirceu Pereira. O direito fundamental à saúde: dos Direitos Humanos à Constituição de 1988. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XI, n. 54, jun 2008. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=2970](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2970)>. Acesso em set 2014.

Já na década de 60 surgiram os convênios médicos entre empresas empregadoras e cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo, mediados pela Previdência Social tendo em vista a expansão do mercado.

Em 1975 foi instituído o Sistema Nacional de Saúde e em seguida criado o Sistema Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Acerca desse sistema, esclarece Joseane Suzarte Lopes da Silva:

“O referido programa médico-assistencial privatista era constituído por três subsistemas:

- a) o estatal, integrado pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo por finalidade a prática de ações médicas simples em favor das populações desprovidas economicamente e as de caráter sanitário;
- b) o subsistema privado que mantinha contratos ou convênios com a Previdência Social, responsável pelo atendimento dos beneficiários desta, sendo o de maior porte, pois deu-se prioridade à contratação de empresas privadas para atuarem na área de saúde, relegando-se para o setor particular as atividades que competiam ao poder público;
- c) o subsistema de atenção médica supletiva, que visava atrair as grandes empresas para a formalização de contratos destinados ao atendimento da mão-de-obra”<sup>6</sup>.

Ainda nesse período, foi introduzido sistema de livre escolha, formando-se uma parceria entre Inamps/empresa, o que logo foi descartado tendo em vista que com o passar do tempo os tratamentos mais dispendiosos ficaram a cargo da Previdência Social, o que, por óbvio, sobrecarregou o sistema.

---

<sup>6</sup> SILVA, Joseana Suzart Lopes da. Planos de saúde e boa-fé objetiva: uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. Salvador: JusPodium, 2007. p. 42-43.

No entanto, a ideia de assistência à saúde de forma privada já estava criada, existindo apenas a necessidade de aperfeiçoamento para adoção de um sistema mais efetivo.

Nesse passo, a classe médica percebeu que a intermediação das operadoras de saúde na relação com os beneficiários lhes trazia benefícios, mas também os prejudicava financeiramente, tendo em vista que o valor que recebiam era significativamente inferior ao que era pago pelo beneficiário à operadora, que intermediava a operação. Assim, a classe médica passou a se organizar a fim de formar uma “carteira” de clientes em torno de médicos que dispusessem de uma rede de clínicas e hospitais. Essa foi a origem de cooperativas reunindo médicos de diversas especialidades.

O surgimento das cooperativas de médicos foi um grande golpe para as seguradoras ligadas a grupos financeiros, e determinou quase que sua extinção. Por volta de 1990 a Federação Nacional de Seguradoras (Fenaseg) iniciou um movimento na tentativa de reestruturar o mercado de seguro-saúde, mas seu intento somente se concretizou com o advento da Lei 9.656, em 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

A regulamentação desse setor ligado à assistência à saúde também foi de total importância a fim de eliminar, ou ao menos limitar, os abusos cometidos contra os beneficiários consumidores pelas operadoras de saúde.

É importante destacar que, antes da edição da Lei 9.656/98, tendo em vista a ausência de regulamentação específica, a proteção do beneficiário contra os abusos das operadoras de saúde ocorria somente quando ele se socorria do Poder Judiciário, pelo que foram editadas súmulas jurisprudências na defesa desses beneficiários, como se verá adiante.

Em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde através de Contrato de Gestão, cuja finalidade institucional é promover a defesa do interesse público na

assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive em suas relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Foi criado ainda o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, também vinculado à estrutura do Ministério da Saúde e composto pelos Ministros da Saúde, da Fazenda, do Planejamento, do Orçamento e da Justiça, o qual fixa as políticas e diretrizes setoriais, as quais são constantemente atualizadas.

Atualmente, em razão do crescente aumento na contratação de planos de saúde privados, principalmente em decorrência da ausência de políticas públicas para melhoria do sistema público de saúde, vê-se a importância da evolução histórica e legislativa relativa à assistência à saúde, até mesmo para a solução dos crescentes conflitos judiciais relativos aos contratos de planos de saúde, existindo ainda nos dias de hoje diversas cláusulas passíveis de discussão, como será abordado no presente trabalho.

### **3. Características gerais dos contratos de plano de saúde**

O contrato de plano de saúde pode ser classificado como bilateral, típico, aleatório, de execução continuada, oneroso e de adesão.

É contrato bilateral, pois de um lado existe a pessoa que deseja garantir a si ou a seus familiares a assistência à saúde, que em contraprestação, paga certa importância em dinheiro de uma só vez ou em prestações continuadas para ver os riscos previamente estabelecidos resguardados. De outra parte, há a operadora de saúde, que deve garantir o objeto da contratação em troca da contraprestação pecuniária.

Trata-se de um contrato tipificado pela Lei nº. 9.656/98 e com as peculiaridades da aludida lei, que serão abordados nos próximos capítulos.

Considerando a ocorrência de circunstâncias futuras e incertas, é essencialmente contrato aleatório, pois há a incerteza acerca da data e da própria

ocorrência do evento danoso à saúde. Quanto à forma de execução, é de forma continuada dada a intenção de que a contratação se dê de forma a subsistir no tempo.

Por fim, vale ressaltar a característica da adesividade com relação à forma de contratação. Isso porque, as cláusulas são colocadas prontas e uniformes, com uma série de restrições aos aderentes, sem que exista a possibilidade de discussão acerca das cláusulas contratuais pelas partes, ou até mesmo sendo impossível a alteração do contrato por vontade do aderente/contratante. Mesmo com o advento da Lei nº. 9.656/98, que essencialmente regulamenta os planos de assistência à saúde, ainda é grande a limitação dos direitos dos beneficiários, razão pela qual tais contratos devem ser sempre analisados à luz das normas emanadas dos órgãos reguladores das empresas de planos de assistência saúde e em especial do Código de Defesa do Consumidor, como é o tema deste contrato e será minuciado em breve.

Assim como os demais contratos, os contratos de plano de saúde são regidos por vários princípios. Sob a ótica da Lei nº. 9.656/98, que regulamenta essa contratação, podemos destacar os princípios da autonomia privada, da força obrigatória dos contratos e do consensualismo.

No entanto, esses contratos, sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, devem também observar os princípios inseridos na legislação consumerista, destacando-se o princípio da transparência (transparência e harmonia nas relações de consumo), o princípio da vulnerabilidade e do equilíbrio.

É de fundamental importância que a análise dos contratos de plano de saúde seja realizada sob uma ótica diferenciada, tendo em vista o peculiar objeto de assistência à saúde, afinal a saúde é um dos bens mais preciosos da vida, senão o mais precioso.

#### **4. Legislação aplicável e Regulamentações**

Atualmente, a legislação aplicável aos contratos de plano de saúde é Lei nº. 9.656/98 conjuntamente com a Lei nº. 8.078/90, mais conhecida como Código de Defesa do Consumidor.

No entanto, antes do advento do Código de Defesa do Consumidor, a proteção dos contratantes com relação às abusividades cometidas pelas operadoras de saúde era praticamente nenhuma, tendo em vista que o Código Civil de 1916, que regulava as relações civis, era extremamente individualista e materialista, com a preservação da propriedade e de objetos materiais, de modo que não tinha qualquer vocação social, como é o caso do Código de Defesa do Consumidor.

Assim, ante a falta de efetiva proteção, as operadoras de saúde muitas vezes se aproveitavam dessa fragilidade do contratante, somado ao fato de que a saúde pública no Brasil já era decadente, e exigiam vantagens manifestamente excessivas, com reajustes indiscriminados, não cumprimento dos contratos, dentre outras coisas.

No entanto, com a promulgação da Lei nº. 8.078/90, a proteção dos consumidores de planos de saúde foi elevada, não de imediato, pois num primeiro momento entendia-se que esses contratos ainda estavam submetidos ao Código Civil, por se tratarem de contratos celebrados de forma consensual, mas aos poucos foi pacificando-se o entendimento de aplicação do Código de Defesa do Consumidor à essas relações.

Com efeito, em 1993, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Abramge, elaborou o projeto de lei que tramitou no Congresso Nacional sob o nº. 093/1993, a fim de regular o mercado de planos de saúde, que resultou na Lei nº. 9.656/98.

Dessa forma, a Lei nº. 9.656/98 passou a ser a principal norma regulamentadora da matéria. Promulgada em 03 de junho de 1998, a lei teve *vacatio legis* de 90 (noventa) dias para que as empresas a ela submetidas (seguradoras e operadoras de saúde) pudessem realizar as adaptações exigidas na lei.

Arnaldo Rizzardo<sup>7</sup> elencou as principais disposições contidas na referida lei:

- “Com o surgimento da Lei 9.656, assinada em 3 de junho de 1998 e publicada no dia seguinte, entrando em vigor a partir de noventa dias a contar da publicação, uma nova realidade passa a vigorar, centrando-se a legislação em pontos como os seguintes:
- definição das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
  - a abrangência da assistência à saúde no atendimento das operadoras;
  - introdução do atendimento mínimo ambulatorial, hospitalar e odontológico;
  - a fiscalização das atividades relacionadas às atividades das operadoras submetidas à ANS;
  - a previsão de penalidades às infratoras;
  - a proibição de reajustes às mensalidades de clientes com mais de sessenta anos, da suspensão ou denúncia do contrato, da interrupção de internação hospitalar sem autorização médica, da exclusão de doenças preexistentes em contratos de mais de dois anos;
  - afastamento de prazos mínimos para internação em enfermarias ou UTI's;
  - estabelece prazos reduzidos de carência, como de dez meses para partos e de seis meses para outros procedimentos;

---

<sup>7</sup> RIZZARDO, Arnaldo. Contratos – Rio de Janeiro : Forense, 2009 – págs. 900 e 901.

- garante ao desempregado o mínimo de seis meses e máximo de dois anos de permanência no plano, caso seja paga a parcela referente ao empregador;
- ordena que o SUS seja ressarcido por valores intermediários entre os praticados pela iniciativa privada e o serviço público;
- dispõe que os medicamentos de uso ambulatorial passam a ser cobertos pelos planos de assistência à saúde;
- prevê a inclusão de transplantes, como o de rins e de córnea, nos planos;
- garante a cobertura, pelos planos de saúde, do tratamento de epidemias de risco catastrófico;
- inclui as doenças de alto risco, como câncer e AIDS, nos planos de referência”.

A edição de uma legislação específica trouxe diversos benefícios à sociedade usuária dos planos de saúde em geral, bem como assegurou o direito dos contratantes em diversos assuntos específicos constantes da lei. Posteriormente, muitos outros assuntos foram regulamentados por normas e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, garantindo, assim, que o direito dos beneficiários acompanhe as evoluções médicas e tecnológicas e que a legislação não se torne defasada.

Com relação à utilização do Código de Defesa do Consumidor, a Lei nº. 9.656/98 trouxe expressa disposição:

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

Mais adiante, em 2010, o Superior Tribunal de Justiça também sumulou esse entendimento, que já estava há muito tempo pacificado nos Tribunais

Superiores, determinando a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde<sup>8</sup>.

## **5. Características específicas dos contratos de plano de saúde**

Foram abordadas as características gerais dos contratos de plano de saúde, com a sua classificação geral. No entanto, os contratos de planos de saúde possuem algumas características específicas, principalmente em razão de seu objeto diferenciado, que é o da assistência à saúde.

Os contratos de plano de saúde podem ser contratos individuais ou coletivos. Além disso, serão distintos de acordo com a modalidade escolhida, que poderá ser: plano referência, plano ambulatorial, plano hospitalar sem obstetrícia, plano hospitalar com obstetrícia ou plano odontológico.

Esses contratos também possuem cláusulas específicas relacionadas ao seu objeto, como com relação aos procedimentos incluídos e excluídos, prazos de carência, cobertura parcial temporária, formas de reajuste, rescisão, etc, que serão abordados mais adiante.

Para melhor análise dessas características específicas, é importante inicialmente diferenciar os planos coletivos e individuais.

### **5.1. Diferenças entre planos coletivos e individuais**

A Lei nº. 9.656/98, em seu artigo 16, dispõe que os contratos de plano de saúde devem constar com clareza a indicação do regime ou tipo de contratação, que pode ser: individual ou familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão.

---

<sup>8</sup> Súmula 469 do STJ, de 06 de dezembro de 2010: “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*”.

Como se observa, a própria lei trouxe essas três modalidades de planos de saúde, deixando clara a obrigatoriedade de constar no contrato o tipo de plano que será contratado, obviamente em razão da existência de diferenças entre tais planos.

Para diferenciar os planos e regular a forma de contratação de cada um deles, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, editou a Resolução Normativa nº. 195, de 14 de julho de 2009, a qual diferencia e classifica os planos coletivos e individuais, da seguinte forma:

(i) Plano individual ou familiar: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar (art. 3º, da RN nº. 195/09).

(ii) Plano coletivo empresarial: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, sendo possível abranger os sócios da pessoa jurídica contratante, seus administradores, os demitidos e aposentados anteriormente vinculados, os agentes políticos, os trabalhadores temporários, os estagiários e menores aprendizes, e seus grupos familiares (art. 5º, da RN nº. 195/09).

(iii) Plano coletivo por adesão: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com determinadas pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, quais sejam, conselhos profissionais e entidades de classe que exigem registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado; e entidades previstas nas Leis nº. 7.395/85 e 7.398/85 (art. 9º, da RN nº. 195/09).

Observa-se, portanto, que o plano de saúde individual é oferecido diretamente pela operadora de saúde ao consumidor, sendo com ele celebrado de forma individual. Ou seja, os polos deste contrato são singulares: de um lado a operadora de saúde e de outro o beneficiário.

De acordo com a resolução, a extensão dos efeitos do contrato aos familiares do beneficiário não desnatura a individualidade deste tipo de relação, que passa a se chamar plano familiar.

Já os contratos celebrados de forma coletiva são mais complexos, pois envolvem uma coletividade de beneficiários, bem como a presença de uma terceira situação jurídica: a pessoa jurídica que contrata o plano de saúde.

Nestes casos, a forma de contratação pode ser coletiva empresarial, para os casos de relação empregatícia ou estatutária, ou por adesão, para os casos de vínculo com determinadas pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

## **5.2. Modalidades de planos**

Identificados os tipos de planos de saúde existentes (individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão), passa-se a discorrer sobre as modalidades de plano, que, de acordo com a Lei nº. 9.656/98, são: plano ambulatorial, plano hospitalar sem obstetrícia, plano hospitalar com obstetrícia e plano odontológico, sendo que todos devem observar o plano referência.

### **5.2.1. Plano referência**

O plano referência foi instituído pela Lei nº. 9.656/98, que assim o definiu:

“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar,

compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

III - inseminação artificial;

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

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

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

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

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

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3o Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2o deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4o A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS”.

Como se observa, trata-se de uma referência instituída pela lei, cujos limites mínimos devem ser observados na contratação de qualquer modalidade de plano de saúde, constituindo o padrão de assistência médico-hospitalar porque é composto da cobertura ambulatorial, hospitalar e obstetrícia.

### **5.2.2. Plano Ambulatorial**

O plano ambulatorial encontra previsão no artigo 12, inciso I, da lei, que assim dispõe:

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

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

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

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes”.

Trata-se da modalidade mais básica de plano de saúde, que abrange apenas a cobertura para realização de consultas médicas e atendimentos ambulatoriais, nos termos acima.

### **5.2.3. Plano Hospitalar sem Obstetrícia**

Já o plano hospitalar sem obstetrícia, está disposto no artigo 12, inciso II, da lei, e possui a seguinte cobertura mínima obrigatória:

“II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento

hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e

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

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar”.

Observa-se, portanto, que o plano hospitalar sem obstetrícia abrange todo o plano ambulatorial e oferece cobertura às despesas hospitalares, ou seja, trata-se de plano mais abrangente que o anterior.

#### **5.2.4. Plano Hospitalar com Obstetrícia**

Já o plano hospitalar com obstetrícia, abrange todo o plano hospitalar, além da parte obstétrica, que pode ser encontrada no inciso III, do artigo 12, da lei, qual seja:

“III - quando incluir atendimento obstétrico:

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

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção”.

Note-se que o plano hospitalar com obstetrícia garante o direito assistencial do plano de saúde ao filho recém nascido, bem como sua inscrição sem carência, respeitado o prazo imposto pela lei.

### **5.2.5. Plano Odontológico**

Por fim, o plano odontológico, abrange apenas procedimentos relacionados à odontologia, definidos pelo inciso IV, do artigo 12, da Lei nº. 9.656/98, *in verbis*:

“IV - quando incluir atendimento odontológico:

- a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;
- c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral”.

A apresentação das modalidades de plano de saúde é importante a fim de se verificar o limite entre as disposições contratuais e o Código Defesa do Consumidor, considerando que os contratos de plano de saúde são elaborados em estrita observância à Lei nº. 9.656/98, que é lei federal, e muitas vezes têm suas cláusulas anuladas sob o fundamento do Código de Defesa do Consumidor, que é outra lei federal, sendo necessária uma leitura das leis sob a ótica dos direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal.

A aplicação do Código de Defesa do Consumidor a esses contratos será abordada no próximo capítulo, e, ao final do trabalho, será analisado como ocorre atualmente a resolução desses conflitos pelos Tribunais Pátrios.

## 6. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor

A aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde é entendimento pacificado pelo Superior Tribunal de Justiça, que, após muita discussão acerca do assunto, editou a súmula 469<sup>9</sup>, a qual foi publicada no Diário da Justiça Eletrônico em 06 de dezembro de 2010.

Diante disso, a partir daqui o presente trabalho se dedicará a analisar os contratos de plano de saúde especificamente sob a ótica do Direito do Consumidor e suas particularidades, buscando abranger os temas mais atuais e interessantes sobre o assunto.

Inicialmente, num panorama geral, é importante discorrer sobre a política nacional de relações de consumo de uma forma mais ampla e genérica, para, posteriormente, relacionar essa política e os direitos dos consumidores aos contratos de plano de saúde.

Uma dessas políticas é o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo, pois ele é considerado a parte mais fraca na relação contratual.

Em doutrina específica sobre planos de saúde, Nilza Rodrigues de Almeida<sup>10</sup> afirma que *“a vulnerabilidade não é apenas financeira, mas envolve fatores técnicos, desse modo, deve ser analisada sob vários aspectos, levando-se em consideração que, efetivamente, no momento da doença, o consumidor fica mais vulnerável, portanto, deve ser tratado com especial atenção”*.

Portanto, ao firmar um contrato de plano de saúde a vulnerabilidade do consumidor já está presente, sendo que, ao discutir em juízo o

---

<sup>9</sup> Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”*.

<sup>10</sup> ALMEIDA, Nilza Rodrigues. Contrato de Plano de Saúde. Edições Inteligentes : São Paulo, 2007.

contrato a vulnerabilidade fica em total evidência, sendo necessário ainda considerar a situação de desgaste e a fragilidade da saúde do consumidor ou de seus dependentes, especialmente quando há envolvimento de crianças, idosos, pessoas enfermas, trabalhadores demitidos ou aposentados, etc.

Outra questão bem evidenciada no Código de Defesa do Consumidor é a necessidade de haver um equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores, já que estamos diante de uma parte mais vulnerável que a outra.

O princípio do equilíbrio deve estar presente em toda e qualquer relação, seja no âmbito estritamente civil, seja no âmbito consumerista. No entanto, é premente que o princípio seja observado nas relações de consumo, em especial em relação aos contratos de plano de saúde, tendo em vista a impossibilidade de discussão das cláusulas contratuais, tratando-se de contratos de adesão, que em sua própria origem já foi firmado em uma situação de desequilíbrio.

Isso porque, o contrato de adesão é normalmente formulado pela empresa de modo a lhe ser mais benéfico, devendo o operador do direito reequilibrar a relação de modo a não onerar excessivamente o consumidor.

Trata-se, portanto, de princípio diretamente relacionado à boa-fé, pois tanto a boa-fé como o equilíbrio visam assegurar um contrato justo.

Por fim, a necessidade de prestar sempre as informações de forma clara e precisa é outra das políticas adotadas pelo Código de Defesa do Consumidor, que está relacionado com o direito à transparência.

Segundo o autor Felipe P. Braga Netto<sup>11</sup>:

“O dever de informação decorre do princípio da transparência, fundamental nas relações de consumo, sendo dever do

---

<sup>11</sup> BRAGA NETTO. Felipe P. Responsabilidade civil. São Paulo: Saraiva, 2008.

fornecedor chegar ao consumidor, de modo simples e acessível, as informações relevantes relativas ao serviço. Se houver ausência de informação, ou falha em sua execução, o fornecedor será responsabilizado”.

Para concluir, José Geraldo Brito Filomeno<sup>12</sup> proferiu as seguintes palavras acerca do Código de Defesa do Consumidor e seus objetivos: *“Quanto ao nosso código do consumidor, cremos que conseguimos a um só tempo estabelecer a epistemologia da defesa do consumidor, consubstanciada em princípios fundamentais, que nos parece ser sua verdadeira alma, bem como cuidar de uma estratégia política de relações de consumo adicionado aos respectivos instrumentos de sua implementação, definir como pioneirismo a responsabilidade civil objetiva – encruada no antigo Código Civil dos anos 60 e 70 do século passado e somente agora trazida a lume -, além de estabelecer conceitos e modos de punição das publicidades enganosa e abusiva, práticas comerciais e cláusulas abusivas, sem falar da revolucionária tutela coletiva do consumidor. E isto para ficarmos no que há de mais relevante em nossa lei consumerista (...)”*.

## **7. Cláusulas restritivas de direitos nos contratos de plano de saúde**

As cláusulas restritivas de direitos nos contratos de plano de saúde são muito comuns e são utilizadas a fim de limitar a responsabilidade das operadoras de saúde com relação ao contrato, visando sempre a maximização do lucro.

No entanto, por se tratar de atividade de risco, de acordo com o entendimento pacificado acerca do assunto, as operadoras devem sempre assumir o risco da atividade, o que, por consequência, acarreta na declaração de nulidade de cláusulas contratuais demasiadamente restritivas.

---

<sup>12</sup> FILOMENO. José Geraldo Brito. Perspectivas de modificação nas relações de consumo no Brasil: alteração legislativa – avanços ou retrocessos. Artigo publicado na Revista do Advogado Ano XXVI Dezembro 2006 nº 89. p. 61-62.

O entendimento atual do Poder Judiciário é que, tratando-se de contrato que visa assegurar o atendimento médico e oferecer cobertura às doenças, deve ser entendido de forma ampla, razão pela qual qualquer cláusula que vá de encontro ao objeto do contrato poderá ser declarada nula na justiça.

Além disso, em razão da aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, como visto no capítulo anterior, é certo que os contratos de plano de saúde devem observar os ditames daquela norma, principalmente com relação à proteção contratual do consumidor, disposta nos artigos 46 a 54 da aludida legislação.

Dentre os artigos, os mais importantes e que devem ser destacados são:

“Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance”.

“Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”.

“Art. 51 - São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:  
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor-pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;

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

X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;

XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;

XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;

XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor.

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

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

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

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

§ 2º - A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes”.

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

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

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

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

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

Esses artigos merecem destaque no presente trabalho, pois se tratam do fundamento legal para a proteção do consumidor nos contratos de plano de saúde e são utilizados como fundamento das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça de todo o Brasil. Vejamos:

“CIVIL - PROCESSUAL CIVIL - AGRAVO DE INSTRUMENTO- RELAÇÃO DE CONSUMO - PLANO DE SAÚDE - **CLÁUSULA RESTRITIVA** - RESSALVA EXPRESSA E DE INEQUÍVOCA INTERPRETAÇÃO AUTORIZANDO A COBERTURA ATINENTE - **CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR** - TRATAMENTO DE EMAGRECIMENTO - CO-MORBIDADES E NECESSIDADE EVIDENCIADAS - NATUREZA DO ESTABELECIMENTO COMPATÍVEL - PRECEDENTES - AGRAVO DESPROVIDO. I - **CLÁUSULAS RESTRITIVAS EM PLANOS DE SAÚDE PODEM SER COARCTADAS, DESDE QUE ABUSIVAS E/OU, NAO EXPRESSAS COM CLAREZA.** II-EXCLUSAO DOS TRATAMENTOS DE EMAGRECIMENTO EXPRESSAMENTE EXCEPCIONADA NO CONTRATO EM QUESTAO, RESSALVANDO O CASO

DE NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO; III - **NORMAS CONSUMERISTAS RECOMENDAM INTERPRETAÇÃO EM FAVOR DO LADO MAIS FRACO DA RELAÇÃO NEGOCIAL, SOBRETUDO EM CONTRATOS DE ADESÃO**".

(TJ-BA - AI: 5392312008 BA 53923-1/2008, Relator: MARIA DA GRACA OSORIO PIMENTEL LEAL, Data de Julgamento: 17/02/2009, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL).

“OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO ANTERIOR À LEI N.º 9.656/98 E N.º 8.078/90. ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL LATERAL. COLOCAÇÃO DE PRÓTESE NO JOELHO. NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA RESTRITIVA DE COBERTURA DE PRÓTESE. **DESCONFORMIDADE COM CDC. CLÁUSULA ABUSIVA.** 1) Indicação da artroplastia unicompartimental lateral como tratamento apropriado ao caso, para aliviar as dores do paciente, com a implantação de prótese. 2) Negativa de cobertura da prótese ante a existência de cláusula restritiva. 3) **O STJ firmou entendimento no sentido de ser possível constatar a abusividade das cláusulas à luz do CDC, mesmo que o contrato tenha sido firmado antes da vigência da própria legislação consumerista.** 4) Admitindo-se a possibilidade do contrato de plano de saúde conter cláusulas limitadoras de direitos do consumidor, por ser o contrato anterior a Lei n.º 9.656/98, **as limitações devem ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão, nos termos do § 4º do artigo 54 do CDC, para serem legitimadas.** 5) Estando determinado procedimento incluído na cobertura securitária, não é legítimo exigir que o segurado se submeta à cirurgia sem a implantação da prótese ante a não cobertura pelo plano. 6) É abusiva a referida cláusula limitadora, tendo em vista o bom êxito do procedimento cirúrgico, coberto

pelo plano de saúde, depender do material não permitido pela seguradora”.

(TJ-PE - APL: 1284616620058170001 PE 0128461-66.2005.8.17.0001, Relator: Jones Figueirêdo, Data de Julgamento: 24/02/2011, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 78/2011)

“PLANO DE SAÚDE Cláusula restritiva Exclusão de cobertura de prótese Material necessário à realização da cirurgia recomendada pelo médico responsável pelo tratamento do autor Despesas que devem ser consideradas como parte integrante do procedimento cirúrgico - **Cláusula de exclusão que fere o equilíbrio contratual - Abusividade configurada.** Precedentes - Sentença mantida Recurso desprovido”.

(TJ-SP - APL: 07041976220128260704 SP 0704197-62.2012.8.26.0704, Relator: Rui Cascaldi, Data de Julgamento: 12/08/2014, 1ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 13/08/2014)

“PLANO DE SAÚDE. Cláusula restritiva. Exclusão de cobertura de prótese femoral **Cláusula excludente que se revela atentatória à boa-fé objetiva e ao próprio objeto do contrato.** Despesas devidamente comprovadas Reembolso devido Ação precedente Sentença mantida Recurso desprovido”.

(TJ-SP - APL: 1848539220108260100 SP 0184853-92.2010.8.26.0100, Relator: Rui Cascaldi, Data de Julgamento: 09/10/2012, 1ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 10/10/2012)

O que se observa, portanto, é que os contratos de plano de saúde serão sempre analisados à luz do Código de Defesa do Consumidor, mesmo quando

firmados anteriormente à publicação da legislação consumeirista<sup>13</sup>, sendo que eventuais cláusulas restritivas de direitos devem ser redigidas com destaque permitindo a imediata e fácil compreensão do consumidor, e desde que tais cláusulas não afrontem o objeto do contrato, quando então poderão ser declaradas nulas.

E foi nesse sentido que o Poder Judiciário consolidou há tempos atrás o entendimento acerca da cobertura de tratamento aos portadores do HIV e de tratamento de doenças como o câncer, mesmo quando excluídos do contrato.

Vale ressaltar que este também é o entendimento do Conselho Federal de Medicina, que na Resolução 1.401 estabelece que as empresas de plano de saúde devem cobrir todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Saúde<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Súmula 100 do Tribunal de Justiça de São Paulo: O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”.

<sup>14</sup> RESOLUÇÃO CFM nº 1.401/93

Art. 1º - As empresas de seguro-saúde, empresas de Medicina de Grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas ao Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.

Art. 2º - Os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constantes no artigo 1º são;

- a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente;
- b) justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico;
- c) ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente;
- d) inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares pelo paciente e o médico.

Art. 3º - É vedado à empresa contratante estabelecer qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 4º - O registro das empresas referidas no artigo 1º, no Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição, é condição indispensável para o licenciamento do pleno direito do exercício de suas ações na área da saúde.

Art. 5º - As empresas constantes no artigo 1º terão um prazo de 60 (sessenta) dias para adotarem as providências administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Resolução.

Art. 6º - O descumprimento da presente Resolução fará com que os Diretores Técnicos sejam enquadrados nos termos do Código de Ética Médica e as empresas respectivas fiquem sujeitas ao cancelamento de seus registros no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, sendo o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e demais autoridades competentes.

Art. 7º - A presente Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de novembro de 1993.

Publicada no D.O.U. de 24.11.93 - Seção I - Página 17802.

Para uma maior e melhor análise acerca das cláusulas restritivas de direitos nos contratos de planos de saúde, passamos a discorrer sobre cada uma delas, considerando os temas mais discutidos atualmente.

### **7.1. Procedimentos incluídos e excluídos**

A Lei nº. 9.656/98 indica quais os procedimentos devem ser incluídos e quais podem ser excluídos do contrato. Vejamos:

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

- I – tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II – procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III – inseminação artificial;
- IV – tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V – fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

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

§2º. As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o §1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente,

a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§3º. Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o §2º. deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operam exclusivamente planos odontológicos.

§4º. A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS”.

Como se observa, o plano-referência trata-se de um “plano básico”, que dispõe sobre os procedimentos que todo e qualquer plano de saúde deve oferecer cobertura e as exceções estão expressamente previstas na legislação.

O artigo supra transcrito ainda faz menção da necessidade de cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a qual é constantemente atualizada com a descoberta de novas doenças e procedimentos para tratamentos das moléstias.

Além disso, a fim de listar quais os procedimentos que devem, obrigatoriamente, ser cobertos pelos planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde - ANS, por meio do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, constantemente edita Resoluções, as quais são atualizadas conforme a descoberta de novos tratamentos, sendo a atual a Resolução Normativa nº. 338/2013.

Com relação aos procedimentos expressamente excluídos pelo artigo 10 supra descrito, há que se observar que a lei fora editada há mais de 10 (dez) anos atrás, de modo que o Poder Judiciário, atualmente, entende que alguns desses procedimentos devem ser cobertos pelos planos de saúde.

É o caso do fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados. Atualmente, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entende que

se o medicamento foi prescrito por médico, que é aquele que possui o conhecimento da moléstia e da melhor forma de tratamento, e, tendo em vista que a contratação do plano de saúde pelo consumidor é visando a assistência à saúde, deve a operadora de saúde fornecer sim o medicamento. Oportuna a transcrição de julgado nesse sentido:

“Plano de Saúde - Obrigação de fazer – Paciente acometida em de carcinoma metastático de mama - Indicação de tratamento quimioterápico com medicamento importado "Abraxane" não reconhecido pela ANVISA - Recusa da operadora Inadmissibilidade à luz do Código de Defesa do Consumidor - Prática que privilegiaria entraves administrativos em detrimento a vida - Incoerência - Reembolso devido – Sentença mantida - Recurso desprovido”.

(TJSP. 7ª Câmara de Direito Privado. Apelação nº. 990.09.372186-4 – São Paulo. Rel. Des. Miguel Brandi. D.J. 22/09/2010).

Nesse mesmo sentido, o E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entende que o rol de procedimentos disponibilizado pela ANS é de caráter exemplificativo, razão pela qual, ainda que o procedimento não esteja ali relacionado, deve a operadora de saúde oferecer cobertura a ele quando solicitado pelo médico.

É exatamente o que dispõe a súmula 102: *“havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”*.

Ainda, sobre procedimentos incluídos e excluídos na cobertura do plano de saúde, importante destacar as seguintes súmulas:

‘Súmula 90 – Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “home care”, revela-se abusiva a

cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer”.

“Súmula 92 – É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita o tempo de internação do segurado ou usuário<sup>15</sup>”.

“Súmula 93 – A implantação de “stent” é ato inerente à cirurgia cardíaca/vascular, sendo abusiva a negativa de sua cobertura, ainda que o contrato seja anterior à Lei 9.656/98”.

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

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

“Súmula 97 – Não pode ser considerada simplesmente estética a cirurgia plástica complementar de tratamento de obesidade mórbida, havendo indicação médica”.

Portanto, como se observa, a Lei nº. 9.656/98 indica os procedimentos que devem ser cobertos pelo plano de saúde e aqueles que podem ser excluídos da cobertura. No entanto, o Tribunal de Justiça de São Paulo já se posicionou que, havendo prescrição médica, todos os procedimentos devem ser cobertos, inclusive aqueles que não constam na lei e regulamentações dos planos de saúde.

---

<sup>15</sup> Nesse mesmo sentido é a súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça.

## 7.2. Carência

A carência é um período determinado no contrato entre a assinatura do contrato e a efetiva possibilidade de utilização dos serviços pelo consumidor. Ou seja, durante esse período o consumidor realiza o pagamento das mensalidades, contudo não pode usufruir de todos os benefícios contratados.

A carência também é prevista na Lei nº. 9.656/98, que estabelece seus limites máximos. Vejamos:

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

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

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

Além dos prazos estabelecidos pela legislação, a ANS, através do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, estabeleceu que os prazos de carência somente serão permitidos nos casos de plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação individual ou familiar, coletiva empresarial com número de participantes menor que 50 (cinquenta) e coletiva por adesão. Vejamos o que diz a Resolução nº. 14:

"Art. 5º. A contratação de plano ou seguro de assistência à saúde nas segmentações definidas em conformidade com esta Resolução, no que se refere às coberturas de doenças

preexistentes e aos períodos de carência, deverá observar as seguintes condições:

I - No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação individual ou familiar, poderá haver cláusula de agravamento ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da Resolução específica, além de ser facultada a exigência de cumprimento de prazos de carência nos termos da Lei 9.656/98.

II - No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravamento ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

III - No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menos que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravamento ou cobertura parcial temporária, em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, porém não será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

IV - No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravamento ou cobertura parcial temporária, em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica e poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.

V - No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletivo por adesão, com número de participantes menos que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravamento ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões

preexistentes, nos termos de Resolução específica, e a exigência de cumprimento de prazos de carência".

Sobre a carência, o Tribunal de Justiça de São Paulo também editou súmula, qual seja, a súmula 103, que dispõe que "*é abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98*".

Portanto, os prazos de carência que podem ser inseridos no contrato de plano de saúde são aqueles previstos na legislação federal, excetuadas as hipóteses de urgência e emergência cujo prazo é de 24 (vinte e quatro) horas.

### **7.3. Doenças e Lesões Preexistentes**

Com relação às doenças e lesões preexistentes, é possível inserir cláusula de limitação, dispondo sobre a cobertura parcial temporária, que significa que durante determinado período a cobertura do plano de saúde é parcial, ou seja, não inclui as doenças e lesões preexistentes à assinatura do contrato.

Há ainda a possibilidade de adicionar-se um agravado, que nada mais é do que um acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde para cobertura dessas doenças e lesões preexistentes em valor a ser definido em cada caso.

O Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU traz a definição de doenças e lesões preexistentes, no artigo 1º. da Resolução CONSU 02, qual seja: "*doenças e lesões preexistentes são aquelas que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde*".

Como se observa na definição supra, a doença deve ser desconhecida do consumidor à época da contratação, ou seja, deve haver absoluta ignorância a respeito da doença ou lesão.

Nesse passo, é dever do consumidor informar sobre a existência da lesão ou doença, devendo ser observado o princípio da boa-fé no ato da contratação.

No entanto, o Tribunal de Justiça de São Paulo entende que *“não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional”*<sup>16</sup>.

Portanto, no caso de doença ou lesão preexistente, não pode a operadora ou seguradora excluir a cobertura a tais doenças e lesões, mas é lícito estabelecer um agravo ou um prazo para não cobertura, sendo esse prazo de até vinte e quatro meses, conforme previsto no artigo 11 da Lei nº. 9.656/98:

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

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

A fim de regulamentar o artigo 11 supra da Lei nº. 9656/98, a Resolução CONSU 02, já com as alterações trazidas pela CONSU 15, trouxe diversas definições acerca do assunto. Vejamos:

“Art. 1º Definir que doenças e lesões preexistentes são aquelas que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 e o inciso XII

---

<sup>16</sup> Súmula 105.

do artigo 35A da Lei nº 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução.

Art. 2º Para efeitos desta Resolução, entende-se como:

I – "segmentação", cada um dos tipos de planos de que trata o Art. 12 da Lei nº 9.656/98;

II – "cobertura parcial temporária"- aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes, assim caracterizadas conforme o caput do Art. 1º desta resolução.

III – "agravo"- qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde.

Art. 5º A cobertura parcial temporária dar-se-á de acordo com a definição do inciso II do artigo 2º desta Resolução e terá prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data de assinatura do contrato.

§1º Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência relacionados à doença ou lesão preexistente terão cobertura igual àquela assegurada na segmentação ambulatorial, independente do contrato firmado.

§2º Findo o prazo do caput deste artigo, a cobertura passará a ser integral constante da segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98, não cabendo qualquer tipo de agravo.

§3º Não haverá exclusão por doenças e lesões preexistentes no caso de contratos coletivos empresariais ou por adesão, de empresas, já definidos em regulamentação específica.

Art.6º Nos casos em que o consumidor optar expressamente pela alternativa de agravo do contrato, a operadora deverá oferecer proposta esclarecendo a diferença de valores envolvidos em comparação com os demais planos da mesma segmentação.

Parágrafo único - À operadora caberá efetuar os estudos de agravo possíveis e, quando solicitado pelo Ministério da Saúde, comprovar os valores resultantes”.

Portanto, a cobrança de agravo ou a cobertura parcial temporária são utilizados no caso de doenças e lesões preexistentes, sendo possível inseri-las no contrato no caso concreto, lembrando ser necessário que a cláusula esteja escrita de forma clara e de fácil compreensão, a fim de não se violar o Código de Defesa do Consumidor.

#### **7.4. Casos de urgência e emergência**

As situações de urgência e emergência também encontram previsão na Lei nº. 9.656/98, que definiu os prazos máximos de carência de 24 (vinte e quatro) horas, conforme artigo 12, V, estando a definição de urgência e emergência no artigo 35-C, *in verbis*:

“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”.

Como se observa, a urgência e a emergência tratam de risco à vida e à integridade física da pessoa, porém com alguma distinção entre elas.

Nesse sentido, Maury Ângelo Bottesini e Mauro Conti Machado<sup>17</sup> definem a urgência e a emergência da seguinte forma:

---

17 BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Lei dos Planos e Seguros de Saúde: Comentada e Anotada Artigo por Artigo – Doutrina – Jurisprudência, São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 2003, pág. 97 e 98.

“A urgência traz consigo a ideia daquilo que deve ser feito com rapidez, imediatamente, enquanto que a emergência traz a ideia do imprevisto, de perigoso e de fortuito, embora não necessite de ser atendida com rapidez, imediatamente”.

No caso dos planos de saúde, a própria ANS define a urgência, indicando esta como decorrente de acidentes pessoais (eventos ocorridos em data específica, provocados por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, causadores de lesões físicas e não relacionados à problemas de saúde) e complicações no processo gestacional (alterações patológicas que ocorrem durante a gestação, como por exemplo, a eclampsia ou o parto prematuro).

Por sua vez, a emergência é o caso onde há risco imediato à vida dos pacientes, ou de lesões irreparáveis, definidos pelos médicos.

Ademais, vale ressaltar que nenhum dispositivo legal ou contratual pode limitar ou restringir o atendimento de urgências ou emergências, colocando em risco a vida do paciente.

Por essa razão, não pode o médico exonerar-se da responsabilidade do atendimento necessário alegando limitação da cobertura do plano, podendo este até mesmo ser responsabilizado por sua omissão de socorro, tanto na esfera civil, quanto na esfera criminal.

## **7.5. Reajustes das Mensalidades dos planos de saúde**

O reajuste da mensalidade é outra grande discussão nos contratos de plano de saúde e encontram critérios definidos na Lei nº. 9.656/98, sendo utilizado concomitantemente o Código de Defesa do Consumidor e as Súmulas do Tribunal de Justiça de São Paulo.

Isso porque, pode o contrato prever reajuste de mensalidade nos contratos de plano de saúde, porém os reajustes devem obedecer critérios legais e só

podem ser aplicados em casos de mudança de faixa etária, reajuste técnico ou financeiro e reajuste por sinistralidade.

Mas, embora exista a previsão contratual, esses reajustes poderão ser discutidos em juízo e serão aplicados apenas no caso de efetiva comprovação da causa do reajuste.

Isso porque, caso não seja provada a causa do reajuste, este poderá ser considerado abusivo, com base no Código de Defesa do Consumidor.

Os critérios de reajustes dos planos de saúde, bem como de revisão das contraprestações pecuniárias dos contratos de planos de saúde devem, obrigatoriamente, estar fixados de forma clara nos contratos.

Os reajustes estão relacionados com a variação da contraprestação pecuniária, em decorrência da inflação de determinado período, que poderá ser calculada através de índice escolhido pelas partes, ou através de imposição da ANS, dependendo da modalidade de contratação (coletiva ou familiar/individual). Já a alteração do valor da contraprestação pela revisão, é devida em razão da busca de um reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias decorrente do desequilíbrio advindo dos custos assistenciais ou da frequência da utilização do plano.

E as alterações por reajuste e revisão podem ser entendidas se avaliadas pela seguinte ótica: os contratos de assistência médica assemelham-se a contratos de seguro, e desta forma, o valor de sua contraprestação irá variar em razão dos riscos assumidos pela operadora.

Assim, além da revisão periódica dos valores das contraprestações em razão da variação inflacionária, os consumidores contratantes se sujeitam, periodicamente, ao aumento do valor das contraprestações em função da alteração de faixa etária do consumidor. Em algumas ocasiões não frequentes, pode ainda o plano ser reajustado em razão de sua reavaliação.

Para fins de reajuste relativo a variações de custos, devemos avaliar os contratos observando quem os contratou, se pessoa física ou jurídica.

A Lei que criou a ANS, Lei 9.961/2000, atribui à esta, a obrigatoriedade de controlar as mensalidades dos planos de saúde, e esse controle está diretamente relacionado ao tipo do contrato.

Quando o contrato é firmado com pessoa física, a ANS exerce controle intenso sobre este, em razão das limitações que o indivíduo enfrenta para negociar com a operadora. Se o contrato é firmado com pessoa jurídica, a ANS age efetuando monitoramento desse contrato.

Os planos de saúde de pessoa física somente podem sofrer reajustes mediante autorização expressa da ANS. A alteração no valor da mensalidade deverá ocorrer, no máximo, uma vez ao ano, no mês de aniversário de assinatura do contrato.

Nos planos de pessoas jurídicas, conforme já indicado, a ANS atua monitorando os reajustes, conforme o grupo que se insere este, plano coletivo com ou sem patrocinador, e, portanto, esse reajuste será negociado entre as partes.

No plano coletivo com patrocinador, a operadora deverá comunicar à ANS o reajuste adotado até 30 dias após sua aplicação. Já no plano coletivo sem patrocinador, o monitoramento é mais intenso e a operadora de planos de saúde deverá comunicar o percentual de reajuste à ANS com antecedência mínima de 15 dias do vencimento da mensalidade.

O reajuste por mudança de faixa etária é efetuado no mês de aniversário do beneficiário, quando este muda de faixa etária. Assim, para o reajuste, ou revisão dos valores em razão da faixa etária, o consumidor deve observar a data de contratação do plano.

A Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003, da ANS, fixa os limites a serem observados para a adoção de variação de preço por faixa etária, nos planos privados de assistência à saúde (individual/familiar), considerando a entrada em vigor do Estatuto do Idoso.

Nos planos assinados antes da entrada em vigor da Lei 9.656/98 (planos antigos), lei que regula os planos de saúde, deve-se cumprir o que consta no contrato, uma vez que estes não estão ao alcance das novas regras e podem ser reajustados pelas operadoras em índices acertados nos contratos, exceto quando esses reajustes afrontam o Código de Defesa do Consumidor ou o Estatuto do Idoso, quando então poderão ser declarados abusivos.

Em tese, é possível um plano sofrer, num só ano, aumentos derivados de reajuste por variação de custos, por variação de faixa etária e por revisão técnica. Mas, no caso de haver mais de um aumento num período de 12 meses, é aconselhável consultar a ANS para verificar se são aumentos autorizados.

Contratos de consumidores com 60 anos ou mais e dez anos ou mais de plano não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária, de acordo com o Estatuto do Idoso, que proíbe a variação por mudança de faixa etária aos contratos de consumidores com idade acima de 60 anos.

Sobre o assunto, o Tribunal de Justiça de São Paulo, na súmula 91, determinou que *“ainda que a avença tenha sido firmada antes da sua vigência, é descabido, nos termos do disposto no art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, o reajuste da mensalidade de plano de saúde por mudança de faixa etária”*.

A Resolução Normativa (RN 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, ainda, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. Essas são as faixas etárias obrigatórias, nos termos da Resolução:

- a) 0 a 18 anos
- b) 19 a 23 anos
- c) 24 a 28 anos
- d) 29 a 33 anos
- e) 34 a 38 anos
- f) 39 a 43 anos
- g) 44 a 48 anos
- h) 49 a 53 anos
- i) 54 a 58 anos
- j) 59 anos ou mais

Portanto, as cláusulas de reajuste nos contratos de plano de saúde serão sempre analisadas à luz do Código de Defesa do Consumidor e do Estatuto do Idoso, em conjunto com a Lei nº. 9.656/98.

#### **7.6. Manutenção da condição de beneficiário**

Um dos benefícios trazidos pela Lei nº. 9.656/98 é a possibilidade de manutenção da condição de beneficiário aos demitidos sem justa causa e aposentados, que tinham o benefício enquanto trabalhavam, e desde que tenham contribuído com o pagamento do plano de saúde e assumam dali por diante o pagamento integral da prestação.

Portanto, aos funcionários que são demitidos sem justa causa é assegurado o direito de continuarem desfrutando do plano de saúde oferecido pela empresa nas mesmas condições anteriores à rescisão do contrato com o empregador, desde que o empregado pague integralmente o valor. Esse direito é garantido pelo art. 30 da Lei 9.656/98.

“Artigo 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o parágrafo 1º do artigo 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou

exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral”.

Com relação aos funcionários que pedem demissão, há doutrinadores como Nilza Rodrigues de Almeida (2007)<sup>18</sup>, que entendem que “*o empregado que pede demissão também tem o direito de manter o contrato de plano de saúde de seu ex-empregador*”. No entanto, a doutrina majoritária adota posição contrária, tendo em vista se tratar de demissão voluntária, em que os funcionários tiveram a iniciativa de saírem do emprego e assim, não tem direito a manutenção do plano empresarial. Apesar do artigo 30 deixar dúvidas, o Superior Tribunal de Justiça, entende que não faz jus ao benefício o empregado que pede demissão, nesse sentido decidiu:

“RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE EM GRUPO - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL (CASSI) - ARTIGO 30, CAPUT, DA LEI N. 9656/98 - NORMA AUTO-APLICÁVEL – PRECEDENTE - EX-EMPREGADO QUE PEDIU DEMISSÃO - PERMANÊNCIA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO - IMPOSSIBILIDADE - RESTRIÇÃO DA APLICAÇÃO DO ARTIGO 30, CAPUT, DA LEI N. 9656/98 - - LIMITAÇÃO TEMPORAL NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO – NECESSIDADE - ARTIGO 30, PARÁGRAFO 1º, DA LEI 9656/98 - RECURSO ESPECIAL CONHECIDO E PROVIDO.  
1. A norma inserta no artigo 30, caput, da Lei n. 9656/98 é auto-aplicável, bastando, pois, que o ex-empregado postule o exercício do direito de permanecer vinculado ao plano ou seguro

---

<sup>18</sup> ALMEIDA, Nilza Rodrigues. Contrato de Plano de Saúde. São Paulo: Editora Edições Inteligentes, 2007, pag. 110.

privado coletivo de assistência à saúde. Precedente.

2. O direito de manter a condição como beneficiário, nas mesmas condições que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, somente está previsto para os casos em que o empregado é demitido/exonerado sem justa causa. No caso em questão, o empregado pediu demissão (grifo nosso).

3. O parágrafo 1º, do artigo 30, da Lei 9.656/98 estabelece prazo mínimo de seis meses e máximo de 24 meses para a permanência do empregado exonerado/ demitido sem justa causa permanecer no plano ou seguro saúde ao qual estava ligado durante período em que mantinha o vínculo empregatício. A prorrogação compulsória da permanência por tempo superior ao prazo máximo de 24 meses, não encontra amparo legal.

4. A única hipótese legal de alteração no prazo do benefício do caput do artigo 30, da Lei 9.656/98 é a estabelecida em seu parágrafo 5º, o qual prevê a sua extinção quando da admissão do ex-empregado em novo emprego.

6. Recurso especial conhecido e provido”.

(STJ - REsp: 1078991 DF 2008/0170060-7, Relator: Ministro MASSAMI UYEDA, Data de Julgamento: 02/06/2009, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 16/06/2009)

A Lei concede ao empregado que foi demitido sem justa causa e a seus dependentes a manutenção do plano de saúde nas mesmas condições que tinha quando estava vigente o contrato de trabalho, no entanto, fixa o tempo de permanência no plano pelo período de um terço do tempo que esteve filiado ao plano coletivo de saúde empresarial, assegurando o mínimo de 6 meses e o máximo de 24 meses.

Se no decorrer do tempo do benefício concedido o empregado for admitido em novo emprego, o benefício deixará de existir, conforme estabelece o §5º do art.30. Sendo importante esclarecer que o término do benefício está condicionado à existência de plano empresarial no novo emprego.

O art. 30, §2º visa proteger não somente o empregado, bem como todo o grupo familiar ao estender a manutenção do plano de saúde aos dependentes e agregados do empregado.

No caso de morte do titular do plano, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde (art.30, §2º).

Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar (§6º), dessa forma o pagamento das mensalidades do plano após a rescisão do contrato de trabalho para gerar direito à cobertura extraordinária, não se trata de contribuição para os produtos.

O caput do art. 31 da Lei 9656/98 trata sobre a manutenção do benefício de cobertura assistencial ao aposentado que contribui por mais de 10 anos:

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1 desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral”.

O Legislador buscou proteger os aposentados que contribuíram por um longo período e posteriormente se viam descobertos de assistência de saúde, no momento que mais precisavam. Sobre esse dispositivo Nilza Rodrigues de Almeida (2007) 19 teceu o seguinte comentário:

---

<sup>19</sup> ALMEIDA, Nilza Rodrigues. Contrato de Plano de Saúde. São Paulo: Editora Edições Inteligentes, 2007, pag. 108.

“É uma norma que visa estabelecer direito à dignidade do aposentado, pois além de parar de trabalhar, geralmente tem sua renda diminuída e é quando mais precisa de assistência médica e medicamentos: seria um grande golpe se fosse permitido o rompimento unilateral do contrato de seguro-saúde”.

Assim, para assegurar o direito ao benefício o aposentado deverá contribuir por mais de 10 anos, ter participação em plano de seguro coletivo, ter tido vínculo empregatício no momento da contribuição e assumir posteriormente, o pagamento integral da contribuição. Não é necessário que o tempo da contribuição tenha sido em um único plano, basta que prove que a somatória tenha sido superior a 10 anos. Os dependentes e agregados do aposentado também continuam com a cobertura do plano.

No caso do aposentado ter contribuído pelo período inferior a 10 anos, previsto no caput do art. 31, o § 1º assegura o direito de manutenção como beneficiário, de 1 ano para cada ano de contribuição. Assim, se o aposentado contribuiu por 5 anos terá direito ao benefício por mais 5 anos após findo o vínculo empregatício, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

A fim de proteger os trabalhadores que se aposentaram e continuaram trabalhando, sendo posteriormente desligados da empresa, o Tribunal de Justiça de São Paulo posicionou-se no sentido de que “*a continuidade do exercício laboral após a aposentadoria do beneficiário do seguro saúde coletivo não afasta a aplicação do art. 31 da Lei n. 9.656/98*”<sup>20</sup>.

## **7.7. Rescisão do contrato**

Após abordar as principais cláusulas do contrato do plano de saúde, importante discorrer acerca da rescisão do contrato.

---

<sup>20</sup> Súmula 104.

O artigo 13, da Lei 9656/98, estabelece que os contratos de assistência médica têm renovação automática a partir do prazo inicial de vigência, não sendo devida a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação e ainda, contratados individualmente terão vigência mínima de um ano. Após o período de um ano a renovação do contrato é automática e o contrato passa a vigorar por prazo indeterminado.

Ainda, o artigo 13, II, veda a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde pela operadora de saúde, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, devendo o consumidor ser notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência.

Dessa forma, em apenas duas situações poderá a operadora suspender ou rescindir o contrato: 1) Em caso de fraude comprovada, caracterizada pela omissão do consumidor ao deixar de informar no preenchimento da declaração de saúde, doença da qual sabia ser portador; 2) E no caso de atraso cumulado por mais de 60 dias, sendo que enquanto não completar os 60 dias de atraso, não pode a operadora cancelar o contrato.

Sobre a falta de pagamento da mensalidade, entendeu o Tribunal de Justiça de São Paulo que ela *“não opera, per si, a pronta rescisão unilateral do contrato de plano ou seguro de saúde, exigindo-se a prévia notificação do devedor com prazo mínimo de dez dias para purga da mora”*<sup>21</sup>.

Não obstante, é vedada a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, durante o período em que o titular estiver internado, mesmo que complete os 60 dias de atraso do não pagamento do plano.

Dessa forma, apenas o consumidor poderá optar pela denúncia imotivada do contrato, sendo que sempre que o consumidor tiver interesse no

---

<sup>21</sup> Súmula 94.

cancelamento ou na rescisão do contrato de plano de saúde deverá formalizar, por escrito, o seu pedido, entregando-o a operadora, para que esta tome ciência da intenção e cancele a cobrança das parcelas.

Nesse mesmo sentido, o Código de Defesa do Consumidor considera abusiva e, portanto, nula de pleno direito, a cláusula contratual que autoriza o fornecedor a rescindir o contrato unilateralmente, se o mesmo direito não for concedido ao consumidor.

### **7.8. Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**

Conforme discorrido neste capítulo 7 do trabalho, a fim de proteger os consumidores de condutas abusivas na relação com a operadora de saúde, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo editou algumas súmulas acerca de seu entendimento pacificado, as quais algumas já foram apresentadas no presente trabalho, sendo, no entanto, importante transcrevê-las todas neste capítulo:

“Súmula 90: Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “home care”, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer”.

“Súmula 91: Ainda que a avença tenha sido firmada antes da sua vigência, é descabido, nos termos do disposto no art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, o reajuste da mensalidade de plano de saúde por mudança de faixa etária”.

“Súmula 92: É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita o tempo de internação do segurado ou usuário (Súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça)”.

“Súmula 93: A implantação de “stent” é ato inerente à cirurgia cardíaca/vascular, sendo abusiva a negativa de sua cobertura, ainda que o contrato seja anterior à Lei 9.656/98”.

“Súmula 94: A falta de pagamento da mensalidade não opera, per si, a pronta rescisão unilateral do contrato de plano ou seguro de saúde, exigindo-se a prévia notificação do devedor com prazo mínimo de dez dias para purga da mora”.

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

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

“Súmula 97: Não pode ser considerada simplesmente estética a cirurgia plástica complementar de tratamento de obesidade mórbida, havendo indicação médica”.

“Súmula 99: Não havendo, na área do contrato de plano de saúde, atendimento especializado que o caso requer, e existindo urgência, há responsabilidade solidária no atendimento ao conveniado entre as cooperativas de trabalho médico da mesma operadora, ainda que situadas em bases geográficas distintas”.

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

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

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

“Súmula 103: É abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98”.

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

“Súmula 105: Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional”.

Essas, portanto, são as súmulas atuais utilizadas pelo Poder Judiciário no Estado de São Paulo nas causas envolvendo planos de saúde.

## **8. Responsabilidade objetiva dos planos de saúde e Responsabilidade solidária dos planos de saúde pelos médicos credenciados**

A relação entre o médico e o paciente tem natureza consumerista.<sup>22</sup> Tanto o serviço prestado individualmente pelo médico, como o serviço prestado por empresa médica ou entidade hospitalar. A diferença entre os dois casos

---

<sup>22</sup> BRAGA NETTO, Felipe P. Responsabilidade civil. São Paulo: Saraiva, 2008. P. 315.

repousa no tipo de responsabilidade, já que a do médico como profissional liberal é, em regra, subjetiva, enquanto que a da empresa médica ou entidade hospitalar é objetiva.

Aplica-se, portanto, nos contratos de plano de saúde ou seguro saúde integralmente a regra do Código de Defesa do Consumidor, para que fiquem resguardados os direitos dos pacientes (consumidores, segundo a definição legal), como hipossuficientes que são.

Com relação à responsabilidade solidária das empresas de saúde pelos médicos credenciados, viu-se que segundo o Código de Defesa do Consumidor a responsabilidade tem natureza objetiva, devendo o plano de saúde, portanto, indenizar a vítima sempre que houver dano, independente de culpa, e observados os requisitos já estudados para a responsabilidade civil.

Segundo Felipe P. Braga Netto<sup>23</sup>, as empresas de saúde são responsáveis pelos médicos que indicam. Ou seja, para o doutrinador, havendo dano, as empresas de saúde responderão juntamente com o médico podendo o paciente acionar ambos.

Sobre o assunto, a decisão do Superior Tribunal de Justiça<sup>24</sup>:

“Civil. Responsabilidade civil. Prestação de serviços médicos. Quem se compromete a prestar assistência médica por meio de profissionais que indica, é responsável pelos serviços que estes prestam.”

Com efeito, vê-se que, a empresa de plano de saúde não pode se esquivar da responsabilidade que lhe é atribuída pela qualidade do serviço oferecido ao contratante em hospitais e por médicos que credenciou, pois o consumidor deve se socorrer destes quando precisa, para que a empresa do plano faça a cobertura devida.

---

<sup>23</sup> BRAGA NETTO, Felipe P. Op. Cit. p. 318.

<sup>24</sup> STJ, REsp 138.059, Rel. Min. Ari Pargendler, 3ª. T, j. 13.03.2001, DJ 11.06.2001. Disponível em [http://www.stj.jus.br/portal\\_stj/publicacao/engine.wsp](http://www.stj.jus.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp). Acesso em 11.10.2010.

O ilustre autor Gustavo Tepedino<sup>25</sup> também trata do assunto e destaca:

“No que tange à responsabilidade civil, consolida-se o entendimento, em doutrina, no sentido de considerar responsáveis solidariamente as empresas e cooperativas de medicina de grupo, pelos erros dos médicos delas dependentes ou a elas credenciados. Tal solução não se aplica às hipóteses de seguro-saúde e planos de livre escolha do médico – quando o médico faltoso não é credenciado pela empresa de saúde, sendo selecionado diretamente pelo segurado.”

Desse modo, tem-se que, sendo a rede de credenciamento escolhida e limitada pela empresa do plano de saúde, devendo o assegurado se socorrer desses profissionais e estabelecimentos para obter a cobertura desejada, a empresa de plano deve ser responsável, de forma solidária, pela qualidade dos serviços prestados. O que não ocorre apenas se o próprio consumidor faz a escolha do profissional, buscando posteriormente o reembolso das despesas que efetuou.

---

<sup>25</sup> TEPEDINO. Gustavo. A responsabilidade civil médica na experiência brasileira contemporânea, in Temas de direito civil. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. T. II. P. 103.

## Conclusão

Os contratos de plano de saúde possuem regramento próprio, com cláusulas específicas, todas elas regulamentadas pela Lei nº. 9.656/98 e através de resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

No entanto, apesar dessa legislação específica, os contratos de saúde devem ser analisados sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, por estarmos diante de uma relação entre consumidor e fornecedor de serviços.

O que se observou no presente trabalho é que muitas vezes há um pequeno conflito entre as normas das duas legislações federais, sendo que esses conflitos sempre foram solucionados pelo poder judiciário sob o regramento do Código de Defesa do Consumidor.

Embora as normas não se sobreponham, optou o judiciário por proteger a parte hipossuficiente na relação, por analisar as questões sob uma visão protecionista, amparando o consumidor e principalmente levando em consideração estar-se diante de um contrato que, embora contratado por particulares, possui como objeto a assistência à saúde, que é direito fundamental constitucionalmente garantido.

No Estado de São Paulo, em razão das inúmeras controvérsias em torno das cláusulas nos contratos de planos de saúde, o Tribunal de Justiça inclusive sumulou o entendimento que já era por ele pacificado, protegendo o consumidor beneficiário do plano de saúde, cujas súmulas foram transcritas no presente trabalho.

Portanto, as cláusulas restritivas existem nos planos de saúde, são muitas vezes autorizadas pela Lei nº. 9.656/98, mas sempre anuladas ou declaradas abusivas e nulas pelo poder judiciário com base no Código de Defesa do Consumidor.

## **Bibliografia**

ALMEIDA, Nilza Rodrigues. *Contrato de Plano de Saúde*. Edições Inteligentes : São Paulo, 2007.

BAGGIO, Andreza Cristina. *Novos paradigmas para uma nova sociedade: a sociedade de consumo e as relações contratuais*. Scientia Iuris, 2010, Vol.12(0), p.139.

BOTTESINI, Maury Ângelo e MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos Planos e Seguros de Saúde Comentada e Anotada*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

BOURGOIGNIE, Thierry. *Propos autor de l'effectivité du droit de la consommation*. Cowansville: Yvon Blais, 2008.

BRAGA NETTO, Felipe P. *Responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

CALAIS-AULOY, Jean; e STEINMETZ, Frank. *Droit de la Consommation*. Paris: Dalloz, 2003.

CHABAS, François. MAZEAUD, Henri et Leon. MANZEAUD, Jean. *Leçons de Droit Civil: Obligations – théorie générale*. 9<sup>a</sup> ed. Paris: Montchrestein, 1998.

FERNANDES NETO, Antonio Joaquim. *Planos de saúde e direito do consumidor*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

FILOMENO, José Geraldo Brito. *Perspectivas de modificação nas relações de consumo no Brasil: alteração legislativa – avanços ou retrocessos*. Artigo publicado na Revista do Advogado Ano XXVI Dezembro 2006 n° 89.

JOSERAND, Louis. *De l'esprit des droits et leur relativité – Théorie dite de l'Abus des Droits*. 2<sup>a</sup> ed. Paris: Dalloz, 1939.

MARQUES, Claudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor*. São Paulo: RT, 2002.

NORAT, Markus Samuel Leite. *Evolução histórica do Direito do Consumidor*. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 88, maio 2011. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9474](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9474). acesso em set 2014.

PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi. *História da Cidadania*. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

RIZZARDO, Arnaldo. *Contratos*. Rio de Janeiro : Forense, 2009

SILVA, Joseana Suzart Lopes da. *Planos de saúde e boa-fé objetiva: uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos*. Salvador: JusPodium, 2007.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. *O direito fundamental à saúde: dos Direitos Humanos à Constituição de 1988*. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XI, n. 54, jun 2008. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=2970](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2970). Acesso em set 2014.

TEPEDINO, Gustavo. *A responsabilidade civil médica na experiência brasileira contemporânea*, in *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

SILVA, Jorge Alberto Quadro de Carvalho. *Cláusulas abusivas no Código de Defesa do Consumidor*. São Paulo: Saraiva, 2004.

STIGLITZ, Rubén S. *Contrato de consumo y cláusulas abusivas*. Derecho del Consumidor, Rosario, v. 8, 1997.