

01 a 04 de outubro de 2018

Evento: XXVI Seminário de Iniciação Científica

APONTAMENTOS ACERCA DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE.¹ TESTS ABOUT THE HEALTH PLAN CONTRACT.

**Nicoli Francieli Gross², Felipe Gross³, Jerônimo Rospide⁴, Solano Zagonel⁵,
Vanderson Bertolo⁶, Eliete Vanessa Schneider⁷**

¹ PROJETO DE ESTUDOS “Observatório da judicialização da saúde suplementar no Rio Grande do Sul e precedentes do Superior Tribunal de Justiça”.

² Aluna do curso de Direito da Unijuí.

³ Aluno do curso de Direito da Unijuí.

⁴ Aluno do curso de Direito da Unijuí.

⁵ Aluno do curso de Direito da Unijuí.

⁶ Aluno do curso de Direito da Unijuí.

⁷ Docente do curso de Direito da Unijuí.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa a realização de estudo dos contratos de plano de saúde, buscando distinguir as formas de contratos existentes no ordenamento jurídico, assim como demonstrar as relações jurídicas existentes entre as operadoras e os segurados, sendo apenas uma relação de consumo.

Do mesmo modo, pretende-se fazer uma breve menção à Lei 9656/98, a qual regulamenta os tipos de plano de saúde, entre regulamentados, não regulamentados, adaptados e sucessivos, e, ainda, os contratos individuais, coletivos, quando o fator a ser considerado na contratação é a pessoa do outro polo da relação, isto é, o consumidor.

METODOLOGIA

Na busca de analisar o tema proposto, este resumo baseou-se na seleção de bibliografias e documentos afins à temática, capazes e suficientes para que os autores construíssem um referencial teórico coerente sobre o tema estudado, a fim de corroborar para que o mesmo tenha atingido seu objetivo principal.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os contratos privados de planos de saúde estabelecem uma relação de consumo entre as operadoras e os usuários. Sendo assim faz-se necessário analisar os elementos que integram essa relação obrigacional, bem como os direitos básicos do consumidor, dentre os quais encontram-se o direito à vida, à saúde e à segurança.

Em virtude de que os contratos de planos de saúde estão subordinados à aplicação do Código de

01 a 04 de outubro de 2018

Evento: XXVI Seminário de Iniciação Científica

Defesa do Consumidor, tendo em vista preenchidos os requisitos para a existência de uma relação jurídica de consumo (consumidor – o usuário do plano de saúde; prestador de serviço – as operadoras destes plano; e objeto – serviços de saúde), assim como que esses contratos são de adesão, e, ainda, quais os princípios que se aplicam a essas relações jurídicas, cabe analisar as características essenciais dos contratos de plano de saúde.

Devido à criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e a regulamentação do setor privado de saúde pela Lei no 9.656/98, as operadoras obrigaram-se a disponibilizar para seus usuários coberturas mínimas de atendimento, assim como passaram a precificar seus produtos atuarialmente. Isto posto, todos os planos que foram subscritos anteriormente à 02 de janeiro de 1999 são considerados planos não regulamentados, e, os planos de saúde firmados após esta data, são chamados de planos regulamentados.

Salienta-se a importância de tal diferenciação, haja vista que os planos contratados após a vigência da Lei dos Planos de Saúde obrigatoriamente garantem aos consumidores uma cobertura assistencial mínima, a qual é periodicamente atualizada pela ANS, na medida em que as doenças e respectivos tratamentos são catalogados e reconhecidos pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS).

Mister salientar que os clientes que têm um plano “antigo” ou não regulamentado podem modificá-lo a fim de atender aos parâmetros e exigências da Lei dos Planos de Saúde, passando então esses contratos a possuírem uma maior cobertura assistencial. Essa modificação pode se dar de duas maneiras, *adaptação* ou *migração*.

Na *adaptação*, o cliente permanece com o contrato original, todavia as cláusulas identificadas que estejam em desconformidade com as novas exigências regidas pela Lei nº 9.656/98, são alteradas. Nesses planos adaptados o usuário não sofre prejuízo algum, tendo em vista não perder nenhum benefício do contrato antigo, desde que seja compatível com a referida lei, permanecendo assim a mesma segmentação do plano antigo, como o tipo de contratação, os benefícios, a rede credenciada, entre outros. Na *migração*, por sua vez, o consumidor firma um novo contrato com a mesma operadora, respeitando também os parâmetros da Lei dos Planos de Saúde. Entretanto neste caso, ocorre a extinção do contrato antigo, sem a manutenção e/ou manutenção de qualquer cláusula do dispositivo antigo.

A seguir declina-se julgado recente do Tribunal de Justiça gaúcho, envolvendo **plano de saúde não regulamentado**, o aludido Tribunal entendeu pelo direito do consumidor à cobertura do exame solicitado pelo médico, mesmo sendo o contrato celebrado anteriormente à vigência da Lei dos Planos de Saúde e o referido exame não estar expressamente descrito no contrato firmado. Veja-se a ementa:

ACÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE. EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CORAÇÃO. NEGATIVA DE COBERTURA. DESCABIMENTO. CONTRATO CELEBRADO ANTES DO ADVENTO DA LEI Nº 9.656/98. I. Nos termos do art. 14, do CPC/2015, a norma processual não retroagirá,

01 a 04 de outubro de 2018

Evento: XXVI Seminário de Iniciação Científica

respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada. Dessa forma, aplicam-se ao caso as disposições constantes do CPC/1973, em vigor quando da prolação da sentença e da interposição do presente recurso. II. No caso, a autora, por requisição, necessitou realizar o exame de ressonância magnética do coração, cuja cobertura foi negada pela operadora do plano de saúde. III. Entretanto, os contratos de planos de saúde estão submetidos às normas do Código de Defesa do Consumidor, na forma da Súmula 469, do STJ, devendo ser interpretados de maneira mais favorável à parte mais fraca nesta relação. De outro lado, os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais moléstias oferecerão cobertura, não lhes cabendo limitar o tipo de tratamento que será prescrito, incumbência essa que pertence ao profissional da medicina que assiste o paciente. Além do mais, deve ser priorizado o direito à saúde e à vida em relação ao direito contratual. Incidência dos arts. 47 e 51, IV, § 1º, II, do CDC. IV. Nesse sentido, a Resolução Normativa 211/2010, da ANS, já previa em seu art. 2º, I, e Anexo I, a inclusão do exame de ressonância magnética de coração como procedimento de cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde. Outrossim, o exame em tela não está previsto nas hipóteses de exclusão do art. 10, da Lei nº 9.656/98. V. De outro lado, embora a contratação original tenha sido anterior à entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, tal diploma legal é perfeitamente aplicável à situação dos autos, haja vista que o contrato de plano de saúde, por ser de trato sucessivo, renova-se anual e automaticamente. Dessa forma, é descabida a alegação de o contrato não ser regulamentado em razão de não aceitação da oferta de migração, pois se trata de mera adequação ao sistema vigente. Aliás, sequer a oferta de adaptação do contrato foi demonstrada pela requerida, ônus que lhe incumbia, nos termos do art. 333, II, do CPC/1973. VI. Portanto, mostra-se abusiva a cláusula contratual que embasa a negativa de cobertura para a realização do exame em questão, sendo devida a cobertura do referido exame pelo plano de saúde, ora demandado. APELAÇÃO DESPROVIDA. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Neste julgado ganham destaque os argumentos utilizados para dar provimento ao pedido do consumidor. A seguradora pretendia que a operadora de plano de saúde cobrisse os custos necessários à realização de exame de ressonância magnética, aduzindo que a sua não realização poderia acarretar em risco grave para a paciente. Por sua vez, a operadora negou o pedido alegando que o referido exame não estaria coberto pelo plano de saúde contratado.

In casu, o exame referido estava expressamente excluído das hipóteses de coberturas do plano contratado. Todavia, igualmente ao julgado anterior, o caso em tela está submetido às normas do CDC pela mesma Súmula 469, anteriormente ilustrada. Tendo em vista tal argumento, o ministro relator aduziu que o exame em questão não estava previsto nas hipóteses taxativas de exclusão do art. 10, da LPS. Vejamos o que diz o referido artigo:

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

01 a 04 de outubro de 2018

Evento: XXVI Seminário de Iniciação Científica

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. [...] (BRASIL, 1998)

Denota-se no referido julgado que, embora a contratação original do referido plano tenha sido realizada anterior à entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, ou seja, tratar-se em tese de contrato não regulamentado, tal diploma legal é perfeitamente aplicável à situação em tela, haja vista que o contrato de seguro, por ser de trato sucessivo, renova-se anual e automaticamente. Ou seja, por mais que teoricamente o contrato classificar-se por não regulamentado, em razão do tratamento sucessivo passa a ser um contrato adaptado e, outrossim, passível de aplicação das normas da LPS.

Os contratos de plano de saúde, como visto, são firmados por meio de contratos de adesão. Todavia eles podem ocorrer de duas formas distintas: por meio de contratos individuais ou coletivos.

Em que pese a maioria das regras dos contratos coletivos de plano de saúde são as mesmas dos planos individuais, existem algumas diferenças. No que concerne à adaptação do contrato, nos planos coletivos, é o empregador (ou o representante do sindicato ou associação) que detêm o poder de optar pela atualização do contrato antigo para as regras atuais, não o usuário diretamente. O consumidor até é capaz de fazer a opção, alterando para um plano individual, sem ter de cumprir eventuais carências já vencidas. Entretanto, nesta última hipótese, as mensalidades não serão mais arcadas pela empresa, se tinha este benefício.

01 a 04 de outubro de 2018

Evento: XXVI Seminário de Iniciação Científica

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a compreensão referente aos tipos de contratos de planos de saúde existentes, bem como o funcionamento da relação de consumo entre operadora e segurado.

De um modo geral, o presente resumo evidenciou a relação de consumo existente entre operadora e segurado, o que é de vital entendimento nessa relação. Deste modo, fora visto que os contratos de planos de saúde, embora sejam regidos pela Lei nº 9.656/98, possuem certas peculiaridades no que tange aos planos pretéritos a essa data, bem como as consequências ou não de suas regulamentações e/ou adaptações.

Quanto à metodologia utilizada no corrente trabalho, no que concerne às contribuições doutrinárias, principalmente via bibliografias, contribuíram de forma significativa no presente, haja vista tornar-se de grande valia as palavras e entendimentos de especialistas sobre o tema abordado.

PALAVRAS- CHAVES

Contrato de plano de saúde. Consumidor. Regulamentado. Não regulamentado. Individual. Coletivo.

KEYWORD

Health plan contract. Consumer. Regulated. Not regulated. Individual. Collective.

REFÊRENCIAS

BRASIL, **Lei 8.078, de 11 de Setembro de 1990**. Dispões sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

BRASIL, **Lei 9.656, de 3 de Junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

BRASIL, **Lei 9.961 de 28 de Janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

RIO GRANDE DO SUL, **Apelação Cível Nº 70069065258, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS**. Relator: Jorge André Pereira Gailhard. Julgado em 31 out. 2016.

SALAZAR, Andrea et al. **Planos de Saúde**. São Paulo: Globo, 2002.

UNIMED, João Pessoa. **Saiba o que é um plano não regulamentado e veja como ampliar cobertura**. Disponível em: . Acesso em 23 mar. 2017.

01 a 04 de outubro de 2018

Evento: XXVI Seminário de Iniciação Científica