



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO –
UNIRIO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS – CCJP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD**

Nádia Regina da Silva Pinto

**A captura de usuários de planos privados de saúde para planos falsos
individuais: um drible regulatório oculto nas redes sociais**

Rio de Janeiro

2021

Nádia Regina da Silva Pinto

**A captura de usuários de planos privados de saúde para planos falsos individuais: um
drible regulatório oculto nas redes sociais**

Dissertação apresentada como requisito do Programa de Pós-graduação em Direito, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do Título de Mestre em Direito e Políticas Públicas. Linha de Pesquisa: Direito, Políticas Públicas e Sustentabilidade.

Orientador: Prof. Dr. André Ricardo Cruz Fontes

Rio de Janeiro

2021

P659 Pinto, Nádia Regina da Silva
A captura de usuários de planos privados de saúde para planos falsos individuais: um dribble regulatório oculto nas redes sociais / Nádia Regina da Silva Pinto. -- Rio de Janeiro, 2021.
118 f.

Orientador: André Ricardo Cruz Fontes.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2021.

1. Planos de saúde. 2. Política pública regulatória. 3. Direitos do consumidor. I. Fontes, André Ricardo Cruz, orient. II. Título.

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Nádia Regina da Silva Pinto

**A captura de usuários de planos privados de saúde para planos falsos individuais:
um drible regulatório oculto nas redes sociais**

Dissertação apresentada como requisito do Programa de Pós-graduação em Direito, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do Título de Mestre em Direito e Políticas Públicas. Linha de Pesquisa: Direito, Políticas Públicas e Sustentabilidade.

Aprovada em 31 de março de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. André Ricardo Cruz Fontes

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Benedito Fonseca e Souza Adeodato

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo

Universidade de Marília – UNIMAR

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação de mestrado aos meus falecidos e saudosos pais, Nelson Luiz da Fonseca Pinto e Sheila da Silva Pinto, pelos bons exemplos, inspiração, dedicação aos estudos, evolução pessoal e profissional. Pelo legado da independência profissional e financeira oriunda de esforços pessoais imensuráveis a partir do mérito esculpido pela educação espelhada nas melhores orientações e bem maior que zelosamente se eterniza nas demais gerações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido estar viva em meio à pandemia do coronavírus iniciada em 2020 e ter alcançado mais esta vitória na minha vida profissional.

Ao meu cônjuge, Angelo Antunes Salgado, pelos incentivos, amor incondicional e companheirismo na jornada versátil de conciliar as obrigações do lar com as tarefas, estudos e deveres profissionais.

Aos meus diletos e amados filhos, Caio Henrique Silva Salgado e Arthur Silva Salgado, pela alegria da convivência e por transformarem minha vida, após a experiência da maternidade, em verdadeira dádiva divina.

A todos os meus familiares e entes queridos, especialmente minhas irmãs Eliane Cristina da Silva Pinto Carneiro e Débora Helena da Silva Pinto que, apesar da distância, representam a força espiritual em comum e inspiração familiar no determinismo infindável da autossuperação e transcendência pela busca exitosa de resultados, tanto na vida pessoal como na profissional.

Ao meu professor orientador, Dr. André Ricardo Cruz Fontes, pela dedicação à docência, ensinamentos, autonomia e simplicidade na figura tão nobre de um ser humano iluminado, gentil e atencioso.

Ao professor Dr. Benedito Fonseca e Souza Adeodato, pelo aceite e honra de compor esta banca de mestrado, sendo sua presença imprescindível pelas excelentes recomendações desde o exame da qualificação.

Ao professor Dr. Valter Moura do Carmo, pelo aceite e ilustre participação como membro externo dessa banca avaliadora do mestrado e pelo admirável conhecimento jurídico na Ciência do Direito.

A Vanessa Mendes dos Santos, pela competência na assessoria prestada na compilação e *design* gráfico dos dados da pesquisa.

A Ana Carolina Rebouças Lapa, pela eficiência na assessoria da elaboração dos *links* das plataformas do Google para comunicação científica remota com os membros da banca do mestrado.

Às bibliotecárias pelos esclarecimentos pontuais e considerações técnicas pertinentes às formatações gráficas deste feito.

Aos docentes e colegas do mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), que muito contribuíram para o alcance deste feito com troca importante de informações, aprendizado e parceria nos estudos e trabalhos.

RESUMO

PINTO, Nádia Regina da Silva. **A captura de usuários de planos privados de saúde para planos falsos individuais**: um drible regulatório oculto nas redes sociais. 2021. 118 f. Dissertação (Mestrado em Direito e Políticas Públicas) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O mercado de planos de saúde supre muitas lacunas nos atendimentos prestados pelo Poder Público nessa área. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de cada país como efeito do processo político-jurídico definidor dos gastos públicos para as políticas públicas praticadas. Por sua vez, a avaliação dessas políticas baseia-se na reflexão crítica e, em algumas circunstâncias, poderá haver ou não proposições necessárias de mudanças na condução da política pública regulatória para grupos que acreditam que terão as mesmas garantias contratuais de planos de saúde de contratação direta individual e familiar ao mudarem para planos coletivos. Nesse contexto, o objetivo geral desta pesquisa foi estudar as práticas comerciais abusivas adotadas nas redes sociais pelas operadoras de planos privados de saúde para captura de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos. Os objetivos específicos foram identificar se as publicidades eletrônicas praticadas pelo segmento privado para fins de captura de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos informam os riscos do desequilíbrio da contratação coletiva e descrever as falhas dos mecanismos de controle regulatório para fins de coibição das práticas comerciais abusivas adotadas nas redes sociais. A metodologia empregada foi a qualitativa-descritiva, com vistas à caracterização e análise interpretativa do fenômeno da comercialização de planos de saúde nas redes sociais. Os dados foram coletados diretamente dos portais eletrônicos abertos de dez operadoras de planos de saúde, as quais foram selecionadas aleatoriamente, sejam modalidades iguais ou distintas no ano de 2021. O tratamento analítico da amostra utilizada foi a exposição gráfica e tabular com o auxílio do *software* Excel após a categorização dos resultados. Concluiu-se que há necessidade de aperfeiçoamento da ação estatal regulatória na saúde suplementar, com vistas à melhoria dos processos informacionais, sobretudo nas redes sociais, em material publicitário, cujo objetivo seja a captura de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos.

Palavras-chave: Direitos do consumidor. Planos de saúde. Política pública regulatória.

ABSTRACT

PINTO, Nádia Regina da Silva. **The capture of users of private health plans for individual fake plans: a hidden regulatory dribble on social networks.** 2021. 118 f. Dissertação (Mestrado em Direito e Políticas Públicas) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The health plan market fills many gaps in the services provided by the government. The population's health levels express the social and economic organization of each country as an effect of defining political-legal process public expenditures of the public policies in place. In turn, the assessment of these policies is based on critical reflection and, in some circumstances, there may or may not be necessary propositions for changes in conducting the regulatory public policy for groups that believe they will have the same contractual guarantees as direct contracting individual and family health plans when switching to collective plans. In this context, the general objective of this research was to study the abusive commercial practices adopted in social networks by private health plan operators to capture users of individual or family plans for collective plans. The specific objectives were to identify whether electronic advertisements practiced by the private segment with the purpose of capturing users of individual or family plans for collective plans to inform the risks of imbalance in collective contracting and describe the failures of regulatory control mechanisms for the purpose of restraining practices abusive commercials adopted on social networks. The methodology employed was qualitative-descriptive, with a view to the characterization and interpretative analysis of the phenomenon of marketing of health plans in social networks. Data were collected directly from the open electronic portals of ten health plan operators, which were randomly selected, either the same or different modalities in the year of 2021. Analytical treatment of the sample used was graphic and tabular exposure with the aid of the Excel software after categorization of the results. It was concluded that there is a need to improve regulatory state action in supplementary health, with a view to improving informational processes, especially in social networks in advertising material, whose objective is to capture users from individual or family plans and have them migrate to collective ones.

Keywords: Consumer rights. Health plans. Regulatory public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Estimativa de ações judiciais referentes a planos de saúde coletivos julgados pelo TJSP – São Paulo (2010-2015)	23
Gráfico 2 -	Rescisão unilateral por tipo de contratação por vontade das operadoras de planos privados de assistência à saúde no TJMG (2015-2019)	24
Tabela 1 -	Número de processos judiciais relativos à saúde (LAI) por Unidade de Federação (UF) e dados da justiça em números divididos por 100.000 habitantes (2019)	25
Tabela 2 -	Representatividade do número de processos judiciais relativos à saúde (LAI) em relação ao total de processos de 1º grau, Juizados Especiais e Turmas Recursais por Unidade de Federação (UF) (2019)	26
Gráfico 3 -	Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil – dez/2013 – dez/2018)	32
Gráfico 4 -	Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – dezembro/2018)	33
Figura 1 -	Publicidade interna de supostas vantagens de planos de saúde coletivos, em detrimento à contratação individual e familiar pela corretora VitalCare Seguros, representando as operadoras Sul América Companhia de Seguro Saúde, Bradesco Saúde S/A, Amil Assistência Médica Internacional e Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	59
Figura 2 -	Publicidade interna de supostas vantagens de planos de saúde coletivos, em detrimento da contratação individual e familiar pela operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde	61
Quadro 1 -	Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras quanto às condições de elegibilidade e admissão nos planos privados de saúde ..	64
Quadro 2 -	Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras, quanto aos prazos de carência nos planos privados de saúde	65

Quadro 3 -	Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras quanto à Cobertura Parcial Temporária, em razão de doenças e lesões preexistentes nos planos privados de saúde	67
Quadro 4 -	Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras quanto à rescisão contratual nos planos privados de saúde	68
Quadro 5 -	Rescisão contratual unilateral pelas operadoras de planos privados de saúde por tipo de contratação com permanência de dispositivo anulado judicialmente na forma do parágrafo único, do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14.07.2009 e que prevê rescisão imotivada por vontade do mercado após 12 meses de vigência contratual	72
Quadro 6 -	Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras, quanto ao reajuste nos preços dos planos privados de saúde	76
Quadro 7 -	Apresentação das operadoras de planos privados de assistência à saúde por CNPJ, com registro ativo na ANS e por modalidade nas redes sociais - Rio de Janeiro – 2021	80
Gráfico 5 -	Divulgação do conteúdo normativo mínimo obrigatório da saúde suplementar disciplinado no Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS, e atualizações posteriores	81
Figura 3 -	Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Vision Med Assistência Médica Ltda. (Golden Cross)	82
Figura 4 -	Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Omint Serviços de Saúde Ltda.	83
Figura 5 -	Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Sompo Saúde Seguros S.A.	83
Figura 6 -	Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Unimed Seguros Saúde S.A.	84
Figura 7 -	Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A.	85
Figura 8 -	Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	86

Figura 9 -	Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Amil Assistência Médica Internacional S.A.	87
Figura 10 -	Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Biovida Saúde Ltda.	88
Figura 11 -	Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde	89
Figura 12 -	Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Bradesco Saúde S.A.	90
Gráfico 6 -	Operadoras de planos privados de assistência à saúde que misturaram conceitos normativos nos diferentes tipos de contratação na seção de vendas de planos privados de saúde nas redes sociais	91
Figura 13 -	Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais e por adesão nos planos privados de saúde pela operadora Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	92
Figura 14 -	Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais e por adesão nos planos privados de saúde pela operadora Amil Assistência Médica Internacional	92
Figura 15 -	Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais para pessoas físicas não mais comercializáveis de longa data, porém subentendidas como adesão nos planos privados de saúde pela operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde	93
Figura 16 -	Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais e familiares por adesão nos planos privados de saúde pela operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde por meio da administradora de benefícios Qualicorp, sem que os planos individuais sejam comercializáveis desde longa data	94
Figura 17 -	Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais e por adesão nos planos privados de saúde pela operadora Bradesco Saúde S.A.	95

Gráfico 7 -	Operadoras de planos privado de assistência à saúde que além de terem feito referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório de saúde suplementar previsto no Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS, adaptaram as informações com os tipos de contratação de planos de saúde que realmente ainda comercializam nas redes sociais	96
Gráfico 8 -	Características do grau de atualização do conteúdo normativo obrigatório da ANS das operadoras de planos privados de assistência à saúde nas redes sociais	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPD	Autoridade Nacional de Proteção de Dados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CJF	Conselho da Justiça Federal
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPT	Cobertura Parcial Temporária
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
EPP	Empresários de Pequeno Porte
GLC	Guia de Leitura Contratual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAI	Lei de Acesso à Informação
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
ME	Microempresários
MEI	Microempreendedores Individuais
MPS	Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde
PAC	Procedimentos de Alta Complexidade
PIN-SS	Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar
PL	Projeto de Lei
PME	Pequenas e Médias Empresas
PMEF	Pequenas e Médias Empresas Familiares
PROCON-RJ	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor Estadual do Rio de Janeiro
RN	Resolução Normativa
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SIB	Sistema de Informação dos Beneficiários
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJ	Tribunal de Justiça
TJAC	Tribunal de Justiça do Acre
TJAL	Tribunal de Justiça de Alagoas
TJCE	Tribunal de Justiça do Ceará
TJDFT	Tribunal de Justiça de Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
TJES	Tribunal de Justiça do Espírito Santo
TJMA	Tribunal de Justiça do Maranhão
TJMG	Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
TJMS	Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul
TJMT	Tribunal de Justiça de Mato Grosso
TJPE	Tribunal de Justiça de Pernambuco
TJPI	Tribunal de Justiça do Piauí
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
TJRN	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte
TJRO	Tribunal de Justiça de Rondônia
TJSC	Tribunal de Justiça de Santa Catarina
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
TJTO	Tribunal de Justiça do Tocantins
UF	Unidade de Federação

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	ABORDAGEM METODOLÓGICA	19
2	A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E OS TIPOS DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE	21
2.1	As Competências Legais Normativas da ANS e a Judicialização nos Planos de Saúde Coletivos	22
2.2	Os Diferentes Tipos de Contratação de Planos Privados de Saúde	31
3	A CAPTURA DE USUÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS OU FAMILIARES PARA PLANOS COLETIVOS COM APARÊNCIA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR	36
3.1	A Violação Positiva dos Contratos e o Princípio da Boa-Fé Objetiva nas Publicidades das Operadoras de Planos Privados de Saúde nas Redes Sociais	42
3.2	As Confusões Semânticas dos Consumidores entre os Planos de Saúde Individuais e Familiares e os Coletivos para Pequenas e Médias Empresas Familiares (PMEF)	47
4	A COMERCIALIZAÇÃO ELETRÔNICA ABUSIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE .	52
4.1	O Marco Civil da Internet e seus Desdobramentos Normativos na Saúde Suplementar	56
4.2	As Contratações Eletrônicas e as Informações Contratuais Mínimas da Saúde Suplementar nas Redes Sociais	62
4.3	As Operadoras de Planos Privados de Saúde nas Redes Sociais: Resultados e Discussão	79
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	108

INTRODUÇÃO

A ordem constitucional brasileira visa ao bem-estar da coletividade composta pela seguridade social desenvolvida para enfrentar desafios complexos na saúde, previdência e assistência social. Desta forma, o direito à saúde merece especial atenção nas políticas públicas e o bem-estar dos cidadãos não pode ficar subordinado aos interesses econômicos abusivos do segmento privado.

O sentido amplo dos serviços públicos constitui prerrogativa da prestação estatal, compreendendo as atividades econômicas, a jurisdição, a segurança pública, o poder de polícia, a ordenação urbanística e a atividade regulatória controlada pelo Estado (ROBBA, 2019).

Os serviços públicos, em sentido estrito, compreendem justamente as atividades de natureza econômica, caracterizadas pela relevância social, os quais a Constituição ou a Lei reservam a titularidade de uma das esferas da Federação a fim de assegurar o acesso permanente a todos os cidadãos (ROBBA, 2019).

Os direitos na saúde suplementar são fontes recorrentes de busca de pacificação de conflitos administrativos ou judiciais, evidenciando a valoração temática ampla desta pesquisa.

As diferentes frentes de negócios em que atuam as operadoras de planos privados de saúde alcançam ganhos de rentabilidade que caracterizam a magnitude do poder econômico e que, por vezes, podem gerar desequilíbrios contratuais e colocar os consumidores em desvantagem exagerada.

No segmento da saúde, a questão do menor preço vem atraindo cada vez mais consumidores interessados nas mudanças contratuais que geram incerteza e insegurança jurídica em relação aos reajustes e rescisão de contratos por vontade única das operadoras.

O direito dos usuários de planos privados de saúde integra as relações de consumo entabuladas, especialmente, pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) e pelo marco regulatório específico da Lei nº 9.656, de 1998.

O consumidor na figura da pessoa física tornou-se presumidamente vulnerável com fundamento no instituto da inversão do ônus da prova previsto no CDC.

A legislação brasileira foi responsável em desenvolver essa perspectiva protetiva do consumidor que ganhou maior protagonismo no cenário da boa-fé objetiva de responsabilização e função social dos contratos inaugurado pelo Código Civil de 2002.

Nesse sentido, a boa-fé permite averiguar o conteúdo das disposições contratuais, em relação à existência ou não de conformidade com as expectativas surgidas das relações jurídicas a serem firmadas (MELO, 2011).

De igual modo, a função social tem natureza protetiva contratual de ordem pública por impor a observância de interesses extracontratuais socialmente relevantes, não se limitando somente aos contratantes da relação jurídica privada (TEPEDINO, 2015).

O Estado passou a equilibrar as relações de consumo antes desiguais e mais abusivas em relação às disposições contratuais que se autorregulavam na vigência do Código Civil de 1916.

As leis de criação das agências reguladoras são pós CDC e todas são órgãos estatais que também devem proteger o consumidor, especialmente em relação às vulnerabilidades técnicas e informacionais, equilibrando desta forma o mercado como um todo.

As agências reguladoras incorporaram o papel formal de regular a economia, com o dever de fiscalizar, normatizar e intervir no setor regulado.

Todavia, apesar desse fortalecimento e incremento de leis pró-consumidores com o advento da criação das agências reguladoras, e de o CDC ser uma ferramenta jurídica avançada no direito obrigacional, há ainda muitas reclamações na seara do consumo.

A judicialização das demandas dos consumidores indica que há evidências empíricas da baixa qualidade dos produtos e serviços não compatíveis com as publicidades e anúncios prometidos.

Depois de mais de uma década de vigência do CDC, concebido numa época não modernizada em tecnologias virtuais, este não foi atualizado para lidar com todos os problemas advindos do comércio eletrônico.

Considerando que plano de saúde é um produto que atualmente pode ser oferecido pela internet de maneira irresponsável, o material publicitário precisa ser avaliado e regulado pelas autoridades competentes.

Uma saúde descuidada afeta o bem-estar biológico e psicossocial do ser humano. A faculdade da escolha por um plano de saúde não necessariamente será um luxo, porque famílias de baixa renda contam com o segmento privado na prestação de serviços de saúde, ainda que vinculados às relações empregatícias ou associações profissionais legalmente constituídas. Não há dúvida de que a saúde suplementar supre uma carência considerável da falta de infraestrutura do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por outro lado, negociar saúde não é fácil, já que o mercado encontra limites regulatórios impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Contudo, com o

aumento da regulação, houve drástica redução de planos de saúde individuais e familiares. Logo, muitas operadoras de planos de saúde perderam o interesse em comercializá-los devido ao impedimento da rescisão unilateral dos contratos, além dos controles dos reajustes nas mensalidades serem definidos pela ANS.

A oferta de planos de saúde individuais e familiares para contratação está cada vez mais difícil, pois as operadoras deixaram de comercializá-los e passaram a investir no ramo empresarial preponderantemente diante da flexibilidade entre os negociantes, falhas e lacunas regulatórias neste segmento.

O mercado não somente tem mais interesse em não comercializar planos de saúde individuais e familiares, como tem grande interesse em expulsar aqueles usuários que restam em suas carteiras vestigiais para o SUS ou para outros produtos que não têm as mesmas garantias dos planos de saúde individuais/familiares, os planos falsos individuais, que são de natureza coletiva e de fácil rescisão contratual unilateral pelas operadoras com o atrativo de que são mais baratos e mais vantajosos para os consumidores.

A literatura, popularmente, denomina os planos falsos individuais como planos falsos coletivos, em relação a uma aparente coletividade que se traduz em planos substancialmente individuais em razão da pequena quantidade de titulares ou dependentes vinculados, porém como são intermediados por uma pessoa jurídica são considerados planos coletivos de fato (CRUZ, 2017; DANTAS, 2016; SAMPAIO, 2010; SILVEIRA, 2009; SOARES, 2017).

Embora o CDC prescreva a obrigatoriedade do dever de informação pelas pessoas jurídicas contratadas, não se verifica empiricamente qualquer sinalização em material eletrônico divulgado sobre as advertências quanto às características do plano falso individual/familiar, sendo perceptível a falta de regulação estatal nas publicidades relacionadas à comercialização de planos privados de saúde.

Considerando que o movimento de defesa do consumidor foi incapaz de acompanhar a especialização técnica do mercado que tem pleno conhecimento do manual e das instruções dos produtos disponíveis à venda e a hipossuficiência técnico-informacional dos consumidores que não dispõem de pleno conhecimento do tipo de produto ou serviço que está sendo contratado, urge a necessidade de analisar as publicidades eletrônicas de operadoras de planos privados de saúde formuladas com características informacionais assimétricas capazes de expulsar usuários de planos verdadeiramente individuais de contratação direta pela pessoa física para outros produtos considerados falsos individuais e sem as mesmas garantias legais.

Sendo o direito à saúde uma política pública de garantia fundamental que é livre à iniciativa privada, contemplam-se interesses difusos, coletivos e individuais que, uma vez

prejudicados, colocam o Estado numa posição de necessário enfrentamento a fim de não superlotar o SUS com a migração de ex-usuários de planos de saúde individuais e familiares e por aqueles que foram excluídos de planos falsos individuais de contratação indireta por meio da pessoa jurídica: empregadores, microempreendedores individuais ou associações legalmente constituídas.

O contratante pessoa física individual ou familiar não entende os riscos da contratação indireta por meio da pessoa jurídica, ficando exposto à falta de garantia do contrato celebrado entre as sociedades empresárias.

Outrossim, a pessoa jurídica familiar contratante acredita que terá o mesmo poder de negociação coletiva que as operadoras de planos privados de assistência à saúde a ponto de impedir reajustes abusivos e até mesmo uma eventual rescisão contratual.

Além disto, a população está envelhecendo e há o receio de desassistência dos usuários de planos de saúde ficarem fora de tratamento: afinal, de tempos em tempos, eles têm de fazer exames médicos de controle, considerando o histórico genealógico e a evolução natural das doenças, além dos riscos de acidentes.

O objetivo geral desta pesquisa foi estudar as práticas comerciais abusivas adotadas nas redes sociais pelas operadoras de planos privados de saúde para captura de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos.

Os objetivos específicos foram identificar se as publicidades eletrônicas praticadas pelo segmento privado para fins de captura de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos informam os riscos do desequilíbrio da contratação coletiva e descrever as falhas dos mecanismos de controle regulatório para fins de coibição das práticas comerciais abusivas adotadas nas redes sociais.

O problema de pesquisa constituiu-se em saber se as práticas comerciais adotadas nas redes sociais pelas operadoras de planos privados de saúde apresentam falhas na informação no que tange à captura inidônea de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos mais suscetíveis a reajustes abusivos e à rescisão unilateral de contrato. Como hipótese para solução do referido problema enumerou-se a seguinte assertiva: (1) a não revelação de todas as informações sobre os riscos da contratação coletiva constitui interesse do mercado de planos de saúde para extinguir as contratações individuais e familiares residuais sem aquiescência do órgão regulador.

A relevância da pesquisa justifica-se pelo processo educativo informacional do mercado de planos privados de saúde e para o exercício consciente dos direitos e obrigações nas relações de consumo.

Para melhor compreensão desta pesquisa, o capítulo 1 apresenta os aspectos metodológicos formais de como foram alcançados os objetivos gerais e específicos, além do tipo de abordagem e técnicas adotadas tanto para coleta de dados como para análise e apresentação dos resultados deste feito.

O capítulo 2 discorre, sucintamente, sobre as atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação dos planos privados de saúde, abordando os conceitos dos diferentes tipos de contratação no bojo da judicialização crescente na seara contratual coletiva, em razão da menor sistemática legal protetiva e falhas dos mecanismos regulatórios praticados nesse segmento.

O capítulo 3 retrata as circunstâncias favoráveis à captura de usuários de planos privados de saúde individuais ou familiares para planos coletivos com aparência de contratação individual e familiar, utilizando-se como referenciais a teoria alemã da violação positiva dos contratos e o princípio da boa-fé objetiva nas publicidades das operadoras de planos privados de saúde nas redes sociais. Outro ponto abordado no capítulo 3 foram as confusões semânticas dos consumidores entre os planos de saúde individuais e familiares e os coletivos para pequenas e médias empresas familiares, assim como se desenvolveu a teoria filosófica contemporânea que aborda a “ética da discussão” com reflexos nos paradigmas dos processos educacionais voltados para as relações de consumo mais sustentáveis nos planos privados de saúde.

Por sua vez, o capítulo 4 relaciona a comercialização eletrônica abusiva das operadoras de planos privados de assistência à saúde à luz do Marco Civil da Internet, da Lei Geral de Proteção de Dados e seus desdobramentos normativos na saúde suplementar. O capítulo 4 aborda também as informações contratuais mínimas da saúde suplementar nas redes sociais, assim como foram apresentados os resultados e discussões da pesquisa a partir das operadoras que fizeram ou não referência ao Anexo I da Resolução Normativa nº 389/2015, atualizado pelo Anexo I da Resolução Normativa (RN) nº 432/2017, ambas da ANS.

Por fim, as considerações finais à guisa dos resultados encontrados na pesquisa como fonte promissora de mudanças nas políticas públicas regulatórias para que diminua a concentração da comercialização coletiva dos planos de saúde a fim de mitigar o retrocesso ao marco legal dos planos de saúde em benefício de toda a sociedade civil.

1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A metodologia utilizada foi a qualitativa-descritiva amostral de 10 publicidades, através de pesquisa na internet.

Por sua vez, a pesquisa descritiva destina-se a conhecer e a interpretar a realidade de um contexto, sem interferir para modificá-la (CAMPOS *et al.*, 2008).

A finalidade da pesquisa qualitativa é justamente explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto pesquisado no âmbito social específico (GASKELL, 2012).

A pesquisa via internet tem maior amplitude, agilidade e maior eficiência, além de ter facilidade de acesso em qualquer lugar do mundo (VIEIRA, 2007).

Os dados das operadoras de planos privados de saúde foram coletados a partir da técnica de busca na internet no período de janeiro de 2021 a março de 2021. Os critérios de inclusão foram as operadoras com registros ativos na ANS nas modalidades de medicinas de grupo e seguradoras especializadas em saúde, incluindo quaisquer segmentações e tipos de porte.

Os critérios de exclusão foram as operadoras de outras modalidades como: odontologias de grupo; administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, autogestão ou filantropias; as que não comercializam planos privados de saúde e as que não tinham registro ativo na ANS.

Os instrumentos de obtenção de dados foram as ferramentas do programa Excel. Por este programa os dados foram agrupados e resumidos, em que foram escolhidas diferentes funções para gerar, automaticamente, a resposta. Em seguida, os dados foram simplificados, manualmente, em categorias de resultados e distribuídos por frequência percentual na forma gráfica. Posteriormente, foram elaborados diagramas de relações das várias categorias e o respectivo significado após tratamento analítico dos dados.

O método analítico utilizado foi a análise interpretativa das publicidades presentes nos portais eletrônicos abertos das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nessa seara, a análise interpretativa consiste na tomada de posição própria, de acordo com as mensagens anunciadas, superando-se as visões estritas desse repositório de dados, mas de modo a interpretar as entrelinhas do que também foi omitido nas mensagens (SEVERINO, 2007).

Sob esta ótica, por meio da interpretação, permite-se expor o verdadeiro significado do material pesquisado, bem como alcançar ilações mais amplas, em relação aos objetivos propostos e ao tema (MARCONI; LAKATOS, 2009).

A demonstração da hipótese formulada foi o resultado do arranjo encadeado do raciocínio científico indutivo a partir dos dados empíricos das publicidades coletadas da internet, os quais permitiram inferir uma possível relação entre a não revelação de todas as informações sobre os riscos da contratação coletiva como interesse do mercado de planos de saúde para extinguir as contratações individuais e familiares residuais sem aquiescência do órgão regulador.

O método científico indutivo é o inverso ao dedutivo, porque parte de fatos particulares, seguido de generalizações posteriores à coleta de dados particulares da pesquisa. Por meio do raciocínio indutivo, a generalização não deve ser buscada preliminarmente, mas percebida a partir da observação de casos concretos capazes de confirmar de forma suficiente a realidade de determinado fenômeno (GIL, 2012).

Na argumentação indutiva, além de partir de dados singulares, a fim de buscar uma conclusão geral, esta não necessariamente será verdadeira, porém, tem probabilidade indicativa de ser (VIEIRA, 2007).

Desse modo, por meio desta pesquisa não houve aplicação de método científico indutivo capaz de demonstrar relação específica entre causa e efeito da captura de usuários de planos individuais e familiares para planos de saúde coletivos. Mas a partir da amostra particular da pesquisa pôde-se inferir que as publicidades enganosas ou omissas na internet, ao violarem o dever precípua de informação, driblam a regulação normativa ordinária e especial, predispondo o cenário ideal da captura de beneficiários de planos individuais e familiares mais regulamentados e seguros para os planos de saúde coletivos.

Não houve necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em razão da publicidade irrestrita das publicidades elaboradas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde nas redes sociais.

2 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E OS TIPOS DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a figurar o poder executivo da regulação nos planos privados de saúde, consolidando toda a estrutura regulatória imposta pela Lei nº 9.656, de 1998, ampliando seus efeitos e garantias legais, assim que foi instituída em dezembro de 1999, por meio de uma medida provisória convertida na Lei nº 9.961, de janeiro de 2000 (MONTONE, 2009).

Desse modo, a ANS tem a função de regulamentar, fiscalizar e orientar o mercado de planos de saúde, com o propósito de alcançar um padrão técnico de qualidade na prestação de serviços privados aos consumidores, cuja meta reguladora busca a independência técnica, sem a ingerência política, com o intuito de atingir um ponto ótimo ou de equilíbrio satisfatório entre o interesse público e o investimento viável dos fornecedores nessa seara (SÉGUIN, 2005).

A partir da Lei Geral de Planos de Saúde, a ANS incorporou o papel de evitar que o órgão regulador prescindia do enfrentamento das dificuldades na coibição de abusos praticados pelo mercado, bem como do de criar efetivos instrumentos de defesa da concorrência, com capacidade interventora nos processos excessivos ou mascarados de concentração de mercado (MONTONE, 2009).

Os tipos de contratação na saúde suplementar variam entre os individuais ou familiares feitos por pessoas físicas, e os coletivos celebrados por meio de entidades elegíveis por intermédio de uma pessoa jurídica.

As contratações individuais ou familiares são aquelas que possibilitam a livre adesão de consumidores ou pessoas naturais, as quais apresentam ou não grupos familiares. As contratações coletivas dividem-se em empresariais e por adesão. Nas contratações coletivas empresariais, a cobertura à saúde é vinculada à pessoa jurídica por relações empregatícias ou estatutárias. Nas contratações coletivas por adesão, essa cobertura vincula-se às pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Nesse contexto, o controle regulatório de práticas maléficas aos consumidores de planos de saúde integra uma das maiores dificuldades da ANS quando o foco é a comercialização de planos coletivos. Nesse tipo de contratação, existem muitas desvantagens

aos consumidores em relação às contratações individuais e familiares raramente disponíveis na atualidade.

Se por um lado houve redução da comercialização dos planos individuais e familiares, por outro houve expansão dos planos coletivos, os quais vêm sendo apresentados como produtos altamente lucrativos em razão da livre iniciativa do mercado reflexa à regulação restrita nesse segmento contratual.

Com a globalização do consumo, o exercício do poder econômico precisa ser disciplinado quando a livre iniciativa do mercado de planos de saúde passa a agir de modo ilícito na prática de atos de concorrência desleal e arbitrariedades que afetam a saúde dos beneficiários e usuários de planos de saúde.

Ainda que seja inegável o desconhecimento com inteireza acerca das necessidades dos consumidores que contratam os planos de saúde e em razão de as prestações serem aleatórias para as operadoras por considerarem a ocorrência de um evento futuro e imprevisível na saúde humana, também não é razoável admitir que seus signatários desconheçam os serviços que foram contratados (FREITAS, 2018).

Não obstante, muito embora o Estado deva intervir minimamente no desenvolvimento das atividades econômicas, a fim de se privilegiar a livre concorrência no mercado privado, a ação do Poder Público justificar-se-á sempre quando houver previsão legal e quando condutas desse mercado praticar aumentos arbitrários de lucros, abusos ou fragilizarem as estruturas do livre mercado.

2.1 As Competências Legais Normativas da ANS e a Judicialização nos Planos de Saúde Coletivos

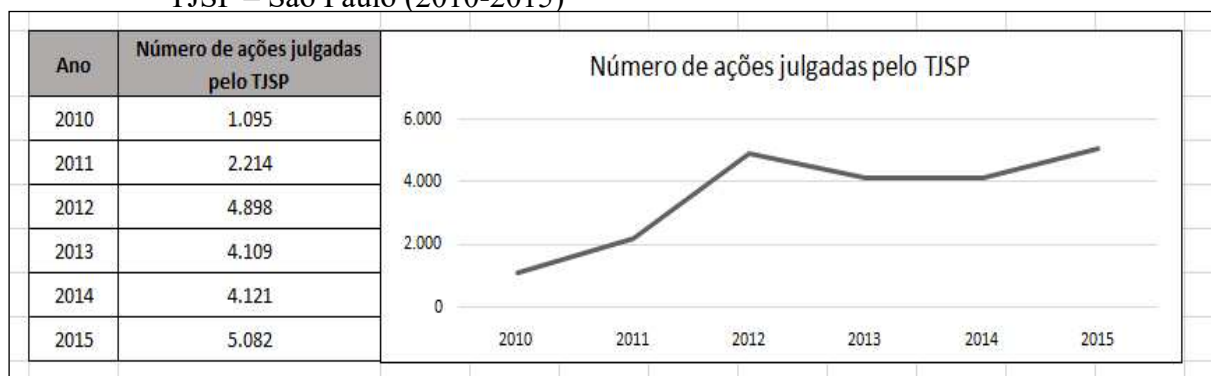
A ANS é uma autarquia federal instituída pela Lei nº 9.961, de 2000, e tem atuação em todo o território nacional como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Apresenta como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (BRASIL, 2000).

Não é permitido à ANS ou a qualquer outra agência reguladora inovarem na ordem jurídica, não devendo estas ultrapassarem os limites impostos pela legislação em vigor. A ANS, assim como as demais agências reguladoras, tem como objetivo principal o agir sobre os agentes de mercado na busca de um modelo que privilegie a ética e as boas práticas empresariais, respeitando-se os direitos dos consumidores (GREGORI, 2011).

A judicialização na saúde suplementar apresentou um importante aumento nos últimos anos, apesar da maior intervenção da ANS na regulação do setor, principalmente em relação à coletivização dos planos de saúde (ROBBA, 2019).

Em pesquisa exploratória realizada no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), em 18/01/2016, com a temática dos “Planos de Saúde”, e termos de busca “Coletivo” ou “Adesão” ou “Empresarial”, verificou-se um significativo aumento de demandas relativas aos recursos de apelação e embargos infringentes julgadas por aquele Tribunal entre os anos de 2010 e 2015. Chegou-se à conclusão de que há grande desproporção entre o aumento do número de beneficiários de planos de saúde coletivos e o aumento da judicialização na saúde suplementar entre os anos de 2010 e 2015 (ROBBA, 2019).

Gráfico 1 – Estimativa de ações judiciais referentes a planos de saúde coletivos julgados pelo TJSP – São Paulo (2010-2015)

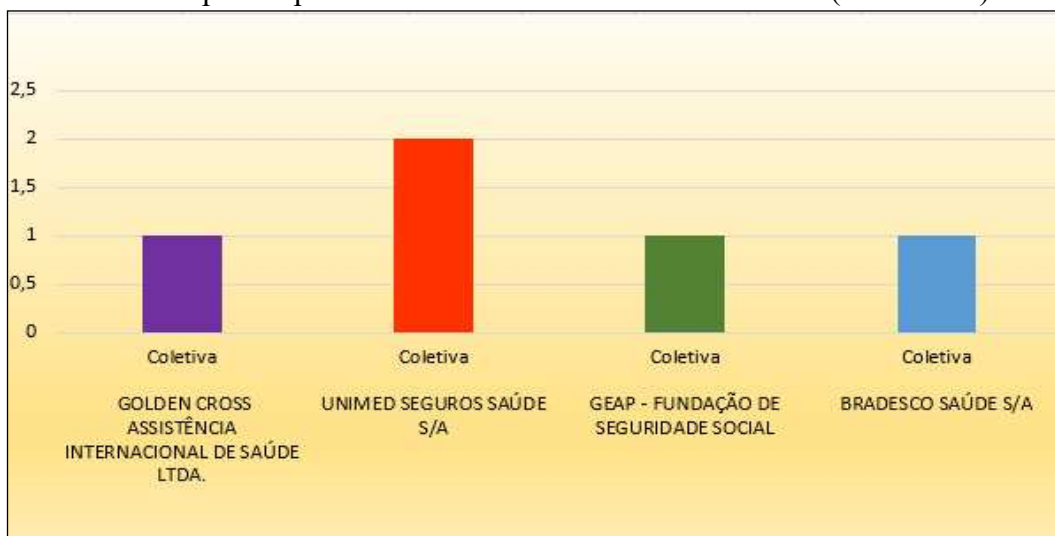


Legenda: Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP).

Fonte: ROBBA, 2019.

Em outra pesquisa mais recente, realizada a partir do quantitativo numérico de decisões judiciais de primeira e segunda instâncias no site do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, foi verificado que o litígio judicial foi absoluto na seara da contratação coletiva de planos privados de saúde, principalmente quanto às rescisões unilaterais por iniciativa das operadoras nos períodos de 2015 a 2019 (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Rescisão unilateral por tipo de contratação por vontade das operadoras de planos privados de assistência à saúde no TJMG (2015-2019)



Legenda: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG).

Fonte: PINTO, 2020.

Embora a judicialização da saúde não necessariamente seja um fenômeno considerado negativo no contexto do Estado Democrático de Direito, em relação à maior conscientização sobre os direitos das pessoas e à maior receptividade judicial para direitos sociais suscetíveis ao maior controle externo, seus efeitos não são proporcionais nos Estados, cidades e bairros mais desenvolvidos no país, havendo na prática uma situação perversa de justiça distributiva (FERRAZ, 2019).

Por meio de pesquisa amostral analítica das decisões ou acórdãos judiciais de 1ª/2ª instâncias e as de natureza liminar levantadas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nos Diários Oficiais da Justiça, diretamente nos sites dos Tribunais de Justiça estaduais, e a partir da Lei de Acesso à Informação (LAI), no período de 2009 a 2017, verificou-se também que a judicialização na saúde ainda persiste na esfera privada, visto que os efeitos nas políticas de saúde pública e de saúde suplementar exibem notória complexidade de representatividade nacional, considerando os múltiplos fatores de litigância envolvidos nesse cenário, conforme Tabelas 1 e 2, a seguir (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Tabela 1 – Número de processos judiciais relativos à saúde (LAI) por Unidade de Federação (UF) e dados da justiça em números divididos por 100.000 habitantes (2019)

TJ	REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	MÉDIA
TJMS	Centro-Oeste	2,16	28,62	47,95	79,28	112,40	154,45	148,61	211,90	214,70	111,12
TJCE	Nordeste	11,29	10,72	15,86	28,00	46,55	52,63	165,75	65,19	310,68	78,52
TJRN	Nordeste	44,38	66,47	78,75	76,95	74,51	82,47	72,13	77,64	116,68	76,67
TJPE	Nordeste	25,48	28,13	36,61	92,13	132,55	59,62	53,94	63,88	66,09	62,05
TJMT	Centro-Oeste	66,12	77,85	64,86	72,61	67,60	83,02	46,18	45,23	33,58	61,89
TJSC	Sul	3,76	6,21	7,68	14,08	29,69	67,80	102,80	121,37	175,73	58,79
TJAL	Nordeste	14,13	38,35	35,09	60,94	35,41	19,27	48,58	87,38	85,05	47,13
TJMA	Nordeste	34,16	62,50	62,51	51,20	34,66	37,79	31,66	32,18	34,44	42,34
TJSP	Sudeste	9,08	18,74	22,55	33,46	37,86	44,57	48,47	47,72	52,03	34,94
TJRO	Norte	0,00	11,53	14,34	36,41	71,23	17,61	25,73	0,17	0,00	19,67
TJTO	Norte	0,07	0,29	3,00	7,27	12,18	16,97	31,09	38,10	38,70	16,41
TJRJ	Sudeste	114,98	24,72	0,14	0,09	0,25	0,70	1,10	0,73	1,03	15,97
TJAC	Norte	0,00	0,41	1,21	5,80	14,94	27,46	21,78	31,47	32,06	15,01
TJDFT	Centro-Oeste	0,00	0,04	0,11	0,38	0,93	1,54	4,67	19,65	87,61	12,77
TJMG	Sudeste	1,92	3,20	3,86	5,84	8,92	9,64	10,87	17,26	26,26	9,75
TJPI	Nordeste	0,22	0,22	0,22	0,38	0,72	1,25	2,09	1,28	1,89	0,92
TJES	Sudeste	0,09	0,23	0,25	0,28	0,81	0,62	0,79	1,16	1,67	0,65
Total		24,40	20,34	19,97	29,59	35,71	35,95	45,41	43,68	67,04	35,79

Legenda: Tribunal de Justiça (TJ); Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul (TJMS); Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE); Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte (TJRN); Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE); Tribunal de Justiça de Mato Grosso (TJMT); Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC); Tribunal de Justiça de Alagoas (TJAL); Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA); Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP); Tribunal de Justiça de Rondônia (TJRO); Tribunal de Justiça do Tocantins (TJTO); Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ); Tribunal de Justiça do Acre (TJAC); Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT); Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG); Tribunal de Justiça do Piauí (TJPI) e Tribunal de Justiça do Espírito Santo (TJES).

Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019.

Tabela 2 – Representatividade do número de processos judiciais relativos à saúde (LAI) em relação ao total de processos de 1º grau, Juizados Especiais e Turmas Recursais por Unidade de Federação (UF) (2019)

TJ	REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TJAC	Norte	0,000%	0,002%	0,005%	0,023%	0,060%	0,129%	0,098%	0,150%	0,145%
TJAL	Nordeste	0,070%	0,178%	0,170%	0,293%	0,179%	0,100%	0,260%	0,455%	0,399%
TJCE	Nordeste	0,071%	0,075%	0,109%	0,173%	0,274%	0,298%	1,000%	0,406%	1,927%
TJDF	Centro-Oeste	0,000%	0,000%	0,000%	0,001%	0,003%	0,005%	0,014%	0,055%	0,268%
TJES	Sudeste	0,000%	0,001%	0,001%	0,001%	0,002%	0,002%	0,002%	0,003%	0,005%
TJMA	Nordeste	0,668%	1,102%	0,617%	0,440%	0,252%	0,203%	0,162%	0,149%	0,151%
TJMG	Sudeste	0,009%	0,013%	0,016%	0,023%	0,035%	0,036%	0,042%	0,065%	0,101%
TJMS	Centro-Oeste	0,005%	0,079%	0,142%	0,230%	0,380%	0,593%	0,381%	0,528%	0,512%
TJMT	Centro-Oeste	0,226%	0,245%	0,191%	0,204%	0,180%	0,214%	0,110%	0,102%	0,076%
TJPE	Nordeste	0,081%	0,096%	0,131%	0,335%	0,531%	0,258%	0,220%	0,246%	0,250%
TJPI	Nordeste	0,002%	0,002%	0,002%	0,003%	0,004%	0,006%	0,011%	0,006%	0,009%
TJRJ	Sudeste	0,182%	0,043%	0,000%	0,000%	0,000%	0,001%	0,001%	0,001%	0,001%
TJRN	Nordeste	0,278%	0,454%	0,455%	0,388%	0,388%	0,387%	0,316%	0,319%	0,553%
TJRO	Norte	0,000%	0,045%	0,050%	0,121%	0,243%	0,061%	0,095%	0,001%	0,000%
TJSC	Sul	0,009%	0,015%	0,018%	0,032%	0,068%	0,161%	0,224%	0,220%	0,317%
TJSP	Sudeste	0,017%	0,035%	0,041%	0,059%	0,069%	0,082%	0,088%	0,086%	0,093%
TJTO	Norte	0,000%	0,001%	0,011%	0,026%	0,044%	0,064%	0,121%	0,138%	0,140%
Total		0,065%	0,054%	0,051%	0,074%	0,088%	0,087%	0,108%	0,102%	0,155%

Legenda: Tribunal de Justiça (TJ); Tribunal de Justiça do Acre (TJAC); Tribunal de Justiça de Alagoas (TJAL); Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE); Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF); Tribunal de Justiça do Espírito Santo (TJES); Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA); Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG); Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul (TJMS); Tribunal de Justiça de Mato Grosso (TJMT); Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE); Tribunal de Justiça do Piauí (TJPI); Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ); Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte (TJRN); Tribunal de Justiça de Rondônia (TJRO); Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC); Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) e Tribunal de Justiça do Tocantins (TJTO).

Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019.

A distribuição regional dos processos judiciais na área da saúde apresenta grande variação, considerando predominância das ações judiciais coletivas na Região Norte, em comparação com as Regiões Sul e Sudeste, podendo ter relação com as diferentes capacidades de representação de natureza privada ou por meio de defensoria pública aos assistidos que não tiveram condições de constituir um advogado por meios financeiros próprios (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Há maior quantidade de ações judiciais individuais em alguns Estados como São Paulo em relação às ações coletivas, denotando possíveis diferenças da maior ou menor participação de advogados constituídos no âmbito privado quando comparados à atuação do Ministério Público ou Defensoria Pública, repercutindo efeitos desiguais da judicialização na saúde por distintas regiões brasileiras (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

A judicialização nos planos privados de saúde permeia as relações contratuais entre beneficiários e operadoras, com restrição à cobertura contratada, mas que pode suscitar

cobranças indevidas para além do que foi contratado, enquanto no SUS o que é demandado ao Poder Judiciário pode decorrer da própria ineficiência estatal quando não executa satisfatoriamente a política pública de saúde estabelecida ou não (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Por outro lado, é importante frisar que a atuação estatal nos planos de saúde reside nas políticas públicas regulatórias do setor privado que, da mesma forma que o SUS, pode apresentar falhas decorrentes da ineficiência ou omissão do Poder Público que prescinde do poder fiscalizatório nas redes sociais, especialmente em relação às publicidades enganosas que comercializam planos coletivos com informações lacunosas ou confusas.

Diante do aumento significativo das ações ajuizadas, a judicialização da política ou judicialização da saúde trouxe para o debate a possibilidade de o Poder Judiciário efetivar o direito à saúde a partir das decisões judiciais que determinassem o cumprimento e desenvolvimento de políticas públicas (MARTINI; CHAVES, 2018).

Nesse aspecto, a relação entre o Poder Judiciário e a sociedade torna-se dialética, considerando a influência das pressões sociais na seara judicial e vice-versa, pois os posicionamentos tomados nos julgados também influenciam os comportamentos no âmbito social ao se definir parâmetro interpretativo de uma norma, e quando há ponderação de valores, bem como qual deles prevalecerá (TRETTEL, 2010).

As decisões judiciais nos Tribunais Superiores no Brasil consolidam o viés contratual das relações entre usuários e operadoras de planos de saúde. A grande maioria das demandas não é enfrentada pelo viés dos direitos fundamentais, considerando uma quantidade pequena de Ministros que, eventualmente, citam o direito à saúde (TRETTEL, 2010).

Quanto ao Supremo Tribunal Federal (STF), constata-se que não se manifesta quanto ao mérito desses conflitos. Existem mecanismos processuais que vedam a apreciação pela corte de muitos recursos interpostos no Poder Judiciário. A análise de mérito das demandas judicializadas no STF não contribui para a afirmação do direito à saúde como direito fundamental existente e preponderante, ainda que as relações de consumo nos planos de saúde estabeleçam-se entre particulares (TRETTEL, 2010).

O silêncio do STF nas demandas de planos de saúde refere-se à valorização da questão contratual entre usuários e operadoras de planos de saúde, de modo que a análise de mérito de cada caso concreto por reexame de provas ou simples interpretação de cláusula contratual é obstaculizada por mecanismos processuais de entendimentos sumulados pela corte e que, claramente, contrariam dispositivos constitucionais importantes como o art. 102, inciso III, alínea “a”, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (TRETTEL, 2010).

De igual modo, em pesquisa jurisprudencial de 95 recursos especiais verificados no site do Superior Tribunal de Justiça (STJ) até 03/06/2008, a quem se destinaria, exclusivamente, a análise do mérito dos conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde, percebeu-se que a questão constitucional também é colocada de forma reflexa ou indireta ao relevo contratual, com poucas exceções, muito embora seja concedida tutela favorável em 82,1% dos casos aos usuários de planos de saúde (TRETTEL, 2010).

Ainda que o STJ não seja o órgão responsável pelos recursos encaminhados sob o prisma constitucional, não haveria qualquer impedimento para se reafirmar a existência e a prevalência do direito fundamental à saúde, considerando que lhe compete fixar a interpretação de lei federal (art. 105, inciso III, alínea “c”, da Constituição Federal), e que a referida lei necessita estar condizente com o sistema hierárquico-normativo da Constituição Federal (TRETTEL, 2010).

A força obrigatória (*pacta sunt servanda*) apresenta-se como um dos princípios que regem o direito dos contratos. A liberdade para celebração de contratos vincula-se ao cumprimento do que foi acordado, sob pena de surgir o caos social. É inadmissível que um usuário de plano de saúde firme um contrato de serviços médicos com uma operadora de planos de saúde e esta negue a autorização ao procedimento médico prescrito, como se nada tivesse sido pactuado (FARIAS, C.; FARIAS, T., 2014).

A judicialização na saúde justifica-se pela omissão ou falha na prestação de serviços públicos prestados pelo Estado, da mesma forma quando há descumprimento obrigacional por parte tanto dos consumidores quanto das operadoras de planos privados de saúde.

Não obstante, independentemente de existir falhas ou não nas prestações obrigacionais pactuadas de forma recíproca na seara dos planos de saúde, tem-se que o princípio *pacta sunt servanda* vem sendo relativizado pelos tribunais brasileiros, suscitando diversas revisões judiciais das cláusulas contratuais firmadas, considerando tanto a liberdade de contratar que não é absoluta, quanto à previsão do CDC de que cláusulas abusivas podem ser modificadas (FARIAS, C.; FARIAS, T., 2014).

No que se refere à judicialização na saúde suplementar, a saúde como direito não prepondera como direito fundamental universal consagrado na Constituição Federal brasileira de 1988, mas como uma cobertura contratada no âmbito das relações privadas entre as partes. Nesse sentido, o contrato efetivado será o instituto balizador de direitos e obrigações que passará pelo crivo judicial analítico e decisório dos conflitos demandados. Nessa perspectiva analítica judicial, leva-se em consideração:

[...] para que a operadora de plano de saúde venha a ser civilmente responsabilizada, deve-se, em primeiro lugar, averiguar a legitimidade ou não da sua atuação – seja a negativa e/ou limitação de determinada cobertura, seja a incidência de reajuste no valor da mensalidade etc. Sendo legítima a sua atuação, haverá a exclusão da responsabilidade civil objetiva por fato de serviço. Mas, se restar evidenciada a ilegitimidade da atuação da operadora, deverá ser apurada a existência de dano suportado pelo beneficiário do plano de saúde e, em caso positivo, se o referido dano decorreu de sua atuação; presente o referido nexo de causalidade, responderá a operadora pelo dano sofrido pelo beneficiário, restando despicienda a discussão acerca da presença ou não de dolo ou culpa de sua parte (GOMES, 2020, p. 379-380).

Todos os fatos constitutivos do direito devem ser devidamente fundamentados por quem invoca algum direito em juízo, sobretudo a configuração do dano ou lesão decorrente de alguma prática de ato ilícito, bem como o nexo causal envolvido.

O cumprimento integral e idôneo dos contratos é a principal obrigação das operadoras de planos de saúde, desde a oferta de serviços e profissionais qualificados, até a efetiva cobertura do que foi contratado sem burocracias (SCHAEFER, 2010).

A falta de informações claras e transparentes nas publicidades das operadoras de planos de saúde nas redes sociais quanto aos tipos de contratação, condições de rescisão contratual e diferenciais de reajustes é pressuposto de culpa. Todavia, no caso da responsabilização objetiva, prescinde-se da aferição dos elementos probatórios de culpa que a caracterizam.

A responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde é considerada objetiva, porque não é regida por normas privadas, estando subordinada às normas de ordem pública consideradas inderrogáveis pela vontade dos contratantes (SCHAEFER, 2010).

Essa responsabilização poderá recair após o uso de palavras-chave na internet quando se busca um conteúdo otimizado com base nas necessidades de informação, cabendo aos executivos de comunicação empresarial prever quais são as palavras e expressões-chave mais utilizadas nas solicitações de busca da sua marca com vistas à interceptação no momento do interesse demonstrado na conexão virtual com o site (ARGENTI; BARNES, 2011).

Os termos de busca variam em todo o conteúdo da empresa na internet, como o nome da companhia, além de outros mais específicos e particulares da mensagem que está sendo transmitida, tais como: um anúncio de um novo produto; uma promoção; uma resposta a uma crise; uma postagem em blogue etc. (ARGENTI; BARNES, 2011).

Obviamente, se a busca pelo iminente contratante de plano de saúde parte da razão social ou nome fantasia das operadoras, as informações a elas atreladas nas redes sociais são mais refinadas e, supostamente, mais seguras pelo imperativo da função social de cada contrato a ser firmado desde as tratativas negociais.

Na responsabilidade pré-contratual inexistente o vínculo jurídico contratual que se consolida apenas quando há convergência de declarações negociais quanto ao modelo visado ou contrato a realizar. Todavia, cumpre distinguir a negociação preliminar de pré-contrato ou contrato preliminar, sendo este último definido e acabado como ajuste que prepara o contrato definitivo, o qual possui a obrigação de contratar (BITTAR, 2004).

Sendo assim, as operadoras de planos privados de saúde devem se responsabilizar por todas as informações divulgadas nos portais abertos da internet, pois o direito à informação constitui insumo básico nas relações de consumo previsto no CDC e demais normativos ordinários e especiais correlatos.

Nesse sentido, as operadoras de planos privados de saúde serão as responsáveis pela gestão do seu portal disposto na internet e dos aplicativos disponíveis em computador, tablets e celulares, devendo realizar manutenções e atualizações periódicas das bases de dados, nos termos do art. 3º da Resolução Normativa nº 389, de 26/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

A gestão da informação pelas operadoras requer transparência e lealdade nas informações divulgadas aos seus públicos-alvo. Não obstante, todo esse acervo informacional do setor privado precisa ser regulado pela ANS, compreendendo não somente os portais de acesso restrito a quem já é usuário ou beneficiário do plano de saúde, mas como também todos aqueles que ainda não têm vínculo jurídico contratual com as operadoras de planos privados de saúde.

A verificação da aplicabilidade normativa não pode esperar a formalização de denúncias de usuários de planos de saúde nos canais de atendimento da ANS, porque diligenciar os portais abertos da internet das operadoras de planos de saúde em tempo real da elaboração dos normativos regulatórios constitui uma essencialidade de gestão de política pública baseada em medidas fiscalizatórias mais programadas, preventivas e menos reativas a denúncias e lavraturas de autos de infrações.

O caráter punitivo sancionatório da ANS sobre o mercado de planos de saúde é importante, mas o saneamento preventivo das informações dispostas nos portais abertos da internet das operadoras de planos de saúde para maior transparência e regularidade das informações prestadas torna a política pública regulatória mais eficiente, dinâmica e menos expectante às reações dos consumidores de planos de saúde quando o dano ou a lesão já estão configurados.

Nesse aspecto, mesmo diante das competências que cabem à ANS, há escassa regulação dos planos de saúde, especialmente os coletivos, os quais são extremamente

vantajosos para as operadoras que atuam no segmento privado da prestação de serviços na saúde (SAMPAIO, 2010).

A tendência ao desaparecimento dos planos individuais e familiares reflete a expansão do ramo coletivo da contratação de planos de saúde, deixando os interesses econômicos sobressaírem sobre a segurança nas relações de consumo. O retrocesso na regulação implica retorno ao cenário em que o próprio mercado se autorregulava antes da Lei dos Planos de Saúde, considerando a livre negociação e a menor regulamentação para as contratações coletivas que estão predominando nas ofertas e publicidades apresentadas aos consumidores. Um cenário crítico de descontinuidade assistencial decorrente de resilições unilaterais de iniciativa das operadoras e de reajustes abusivos nas mensalidades.

2.2 Os Diferentes Tipos de Contratação de Planos Privados de Saúde

No exercício de suas competências normativas, a ANS criou a Resolução Normativa nº 195, de 2009, estabelecendo as diferentes contratações e suas regras de elegibilidade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

O mercado de planos de saúde apresenta três tipos de contratações: individuais ou familiares; coletivas empresariais e coletivas por adesão.

A previsão de todos os tipos de contratações de planos privados de saúde encontra-se no art. 2º da Resolução Normativa nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Os planos de saúde de contratação individual ou familiar são aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Os planos de saúde de contratação coletiva empresarial destinam-se à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, conforme disposto no art. 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

A relação estatutária refere-se exclusivamente aos funcionários públicos, considerando o seu vínculo com a Administração Pública como pessoa empregadora.

Os planos coletivos por adesão são aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo de natureza profissional, classista ou setorial com

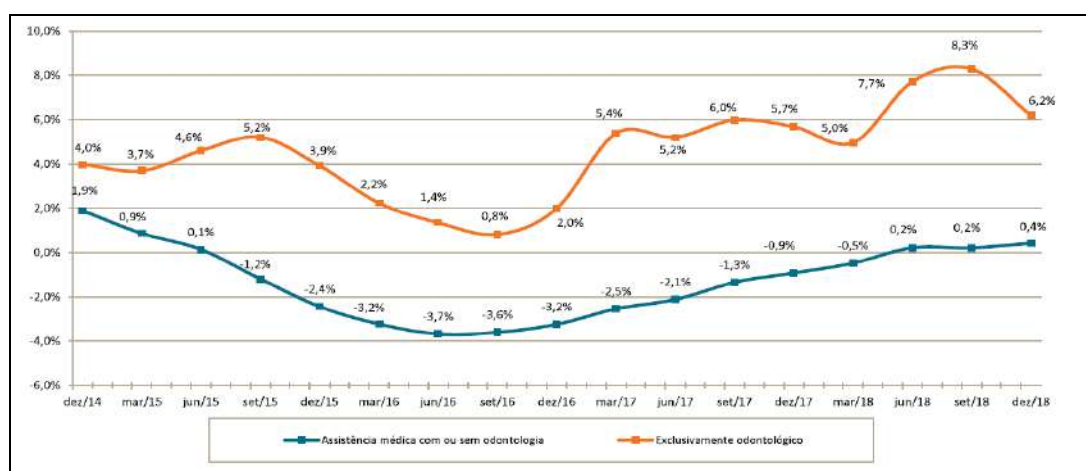
determinadas pessoas jurídicas, tais como conselhos profissionais, sindicatos e associações profissionais, dentre outras, conforme disposto no art. 9º da Resolução Normativa nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

A Instrução Normativa nº 23, de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com o Anexo I – Manual de Elaboração de Contrato no Tema II – Condições de Admissão, determina que a operadora deve informar a quem se destina o plano privado de saúde. Desta forma, o sindicato poderá firmar um contrato de assistência suplementar à saúde coletivo por adesão com uma cláusula delimitando a participação somente aos associados pertencentes à determinada categoria, excluindo demais pessoas com vínculos de outras naturezas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009c).

São 47,4 milhões de vínculos de beneficiários a planos privados de assistência médica e 24,2 milhões a planos exclusivamente odontológicos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

A taxa de variação trimestral do número de usuários de planos de saúde (Gráfico 3) e planos de assistência médica aumentou durante o quarto trimestre de 2018 para todos os tipos de contratação em comparação ao quarto trimestre de 2017, porém, com evidências de retração conjuntural na contratação individual e familiar, como demonstram dados extraídos pela própria ANS.

Gráfico 3 – Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil – dez/2013 – dez/2018)

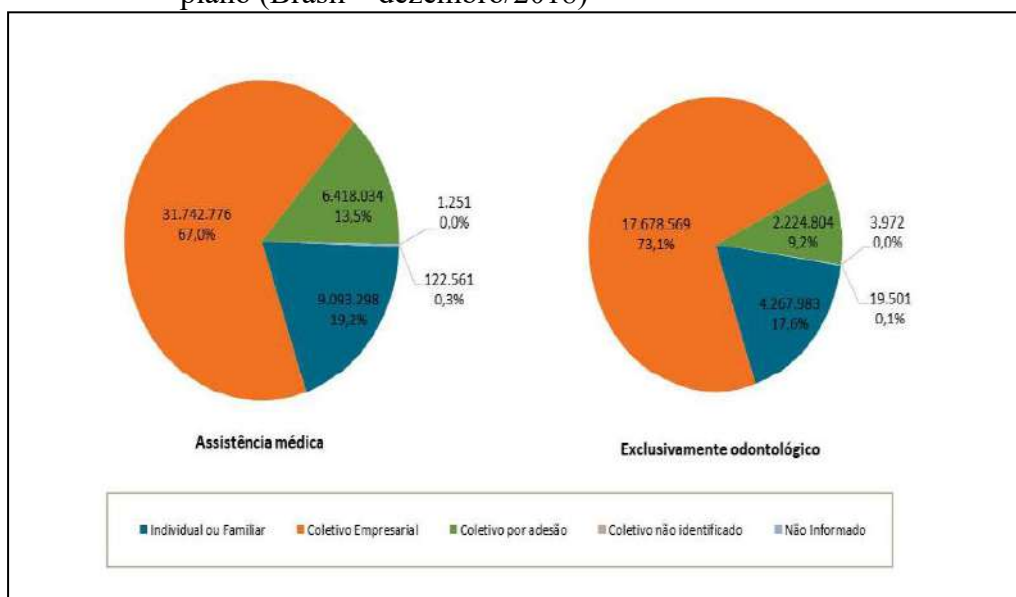


Fonte: Dados referentes ao período de dezembro de 2013 a dezembro de 2018, adaptado do Sistema de Informação dos Beneficiários (SIB) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019).

A comercialização de planos coletivos ocupa atualmente mais do que 90% do mercado das operadoras de planos privados de assistência à saúde, tornando os planos individuais e familiares praticamente relíquias de comercialização, suspensos livremente por solicitação das operadoras.

De acordo com dados recentes da ANS, datados de dezembro de 2018 (Gráfico 4), verifica-se que os usuários são maioria nos planos coletivos – tanto nos planos de saúde de assistência médica quanto entre os planos exclusivamente odontológicos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – dezembro/2018)



Fonte: Dados referentes ao período de dezembro de 2018, adaptado do Sistema de Informação dos Beneficiários (SIB) da Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019.

O fenômeno da falsa coletivização contratual, aparentando planos individuais e familiares mais seguros, e a tendência evolutiva à exclusão dos planos individuais são indicadores que demonstram alertas para a crise contratual coletiva diante das vicissitudes das abusividades do mercado.

A redução da oferta de planos individuais e familiares contribuiu para a expansão da coletivização dos vínculos contratuais menos regulados pelas normas criadas pela ANS.

Há necessidade de regulação estatal que alcance todo tipo de contratação nos planos privados de saúde, especialmente considerando a prevalência das contratações coletivas.

A regulação pública se torna necessária tanto para restringir parcialmente a autonomia empresarial decisória, quanto para substituir o comportamento empresarial maximizador de lucros a fim de garantir resultados sociais aceitáveis (RANGEL, 2017).

A permissividade normativa especial para a suspensão da comercialização de registros ativos de planos de saúde individuais e familiares de contratação direta por meio da pessoa física a pedido das operadoras, sem um programa regulatório capaz de incentivar maior concorrência no setor específico da contratação individual e familiar, desgasta as relações jurídicas mais certas e seguras da credibilidade contratual bilateral neste segmento contratual.

Na presença de relevantes falhas de mercado, menos será verificada a concorrência no sentido de aquisição de resultados socialmente almejados. Assim, a concentração empresarial e com óbices à entrada de novas sociedades empresárias indicam a necessária intervenção pública a fim de coibir relações desequilibradas de mercado (RANGEL, 2017).

Na relação coletiva contratual, figura um intermediário como terceiro ente, que representa o contratante de plano privado de saúde. Pode ser uma associação ou sindicato na contratação por adesão. Ou, no caso de uma contratação empresarial, uma sociedade empresária empregadora ou um empresário individual.

O intermediário não contribui para o pagamento da mensalidade na contratação do plano de saúde por adesão, sendo apenas um representante classista de negociações, a exemplo de diversas categorias de sindicatos que podem, eventualmente, reivindicar custos melhores nos planos de saúde e outros benefícios trabalhistas.

Na contratação de plano de saúde empresarial, o intermediário – a sociedade empregadora ou o empresário individual – poderá custear parcial ou integralmente o plano de saúde para seus colaboradores através da liberalidade da concessão de um benefício trabalhista. Não obstante, muito embora o empregador ou empresário individual funcionem como os verdadeiros intermediários da relação de consumo entre o usuário do plano e a operadora, presume-se que existam exceções ao custeio parcial e integral de planos de saúde, deixando o usuário de plano de saúde na contratação empresarial como provedor indireto do custeio dos planos como ocorre nos planos de saúde por adesão, não pairando dúvidas de que em todos os tipos de contratações existem relações jurídicas de consumo.

A origem dessas relações jurídicas parte de um fato jurígeno propulsor decorrente ou não da vontade humana pelo menos entre duas pessoas, o qual o sistema jurídico normativo conduzirá efeitos geradores, modificadores ou extintores de direitos (SAMPAIO, 2010).

As relações jurídicas na saúde suplementar são disciplinadas pelo Código de Defesa do Consumidor enquanto norma geral, pelas normas especiais criadas pela ANS e por aquelas elaboradas pelo legislador ordinário constituinte.

Ainda que as livres iniciativa e concorrência do mercado sejam pressupostos da ordem econômica constitucional, deixar de atender a perspectiva material de consumo suscita a própria vitalidade desse mercado que começa a falhar ao comportar-se livremente, sem mecanismos efetivos de controle regulatório.

3 A CAPTURA DE USUÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS OU FAMILIARES PARA PLANOS COLETIVOS COM APARÊNCIA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR

A captura de consumidores para planos de saúde coletivos constitui interesse do mercado dominante assistido nas diversas publicidades esparsas nos diversos meios de comunicação, por meio de simulações instantâneas de custos supostamente mais vantajosos, especialmente nas redes sociais.

A oferta de grandes vantagens para aquisição de um plano de saúde coletivo com vinculação a uma atividade empresarial ligada a um Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), em geral com poucos beneficiários ou “poucas vidas”, vem atraindo cada vez mais adeptos em empreendimentos empresariais com o objetivo de adquirir um plano de saúde coletivo.

Nesse contexto, o mercado privado de planos de saúde assumiu o papel de *outsider* por considerar que desempenha atividade econômica comum e isenta de responsabilidades em relação ao sistema de saúde, restritas apenas aos instrumentos contratuais pactuados (MONTONE, 2009).

Nota-se, portanto, que a efetividade do sistema de saúde está desarticulada do processo de cuidar em seu sentido mais amplo no aspecto protetivo coletivo (FERRAZ, 2008).

Quando o sentido comercial enfatiza somente a rentabilidade da carteira de usuários de planos de saúde sem garantir a satisfação desta população, desvincula-se do cuidado assistencial humano como propósito da contratação. O cuidado humano perde protagonismo quando se buscam contratos coletivos que ignoram as reais necessidades de saúde dos consumidores.

O mercado de planos coletivos de saúde expandiu-se na contramão da redução da oferta de planos individuais e familiares como resultado da maior regulação destes pela ANS e maior regulamentação específica nesse segmento.

A menor regulamentação dos planos coletivos permitiu maior investimento do mercado nas contratações coletivas, as quais podem onerar excessivamente os consumidores a partir de reajustes abusivos nas mensalidades e gerar cancelamentos a pedido dos próprios consumidores em razão de contenção de despesas nos orçamentos familiares, quando não raro esses consumidores podem ser surpreendidos com rescisões unilaterais por iniciativa das operadoras de planos de saúde contratadas.

A dinâmica da liderança de grandes operadoras que buscam o lucro extraordinário influencia a configuração do mercado de planos de saúde. Isso inclui a tendência à concentração por grandes grupos econômicos, suscitando o aumento dos preços dos planos, como também limitando a atuação da ANS (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

A crescente publicidade que traz propostas de economia vantajosa para o consumidor nos contratos coletivos não explica os reveses e peculiaridades desse ramo de negócios altamente lucrativo para as operadoras.

No bojo desse cenário existe um hiato temporal entre as alterações estruturais do setor privado e o campo jurídico. Tal hiato necessita ser reduzido por regras firmes e claras acerca do comércio eletrônico como potencial ramo competitivo de negócios (PEIXOTO, 2001).

Os motivos frequentes de reclamações, tanto de consumidores quanto de prestadores, contra os planos de saúde são: exclusões de cobertura de procedimentos, exames e internações; barreiras de atendimentos; reajustes de mensalidades e descredenciamento de médicos, hospitais e laboratórios, além das cláusulas contratuais; normas legais vigentes; ação limitada do órgão regulador e má-fé das empresas atuantes no setor (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

No âmbito dessas reclamações existe uma política encampada pelas operadoras de planos privados de saúde, que tem como objetivo desestimular a comercialização de planos individuais, em razão do menor controle regulatório governamental nas contratações coletivas (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

Algumas regras dos contratos coletivos são diferentes dos contratos individuais e familiares, tais como o reajuste das mensalidades e a rescisão contratual (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

A ANS define o índice máximo para o reajuste anual de aniversário dos contratos de planos individuais e familiares, independentemente das datas de suas celebrações, nos termos do art. 35-E, §2º, da Lei nº 9.656, de 1998, o que não ocorre nos planos coletivos (BRASIL, 1998).

A sistemática do art. 13, inciso II, da Lei nº 9.656, de 1998, que veda a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por mais de 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato incide apenas nos contratos individuais ou familiares (BRASIL, 1998).

Como efeito dessa maior proteção legal e regulatória aos planos individuais e familiares – que proíbe tanto a rescisão unilateral, quanto também define o índice máximo de reajuste anual nesse segmento contratual – há maior tendência da comercialização de planos

coletivos, fato comprovado pela própria ANS (Gráficos 3 e 4). Para planos coletivos de assistência médica, o total de consumidores vinculados está em 80,5%, enquanto para planos coletivos exclusivamente odontológicos reúne-se o total de 82,3% das pessoas conveniadas.

A falsa coletivização a partir da oferta de contratos coletivos a grupos pequenos de pessoas que detêm um CNPJ é uma das maneiras que as operadoras de planos privados de saúde encontraram para driblar a regulamentação mais rigorosa (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

Nos contratos de planos de saúde coletivos com poucas vidas, os quais normalmente integram um ramo familiar de negócios por microempreendedorismo, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já se posicionou para algumas situações, inclusive para equipará-los a contratos individuais. Isso foi feito com o objetivo de tentar conter arbitrariedades praticadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nesse sentido, exemplifica-se o Recurso Especial nº 1.638.280, originário do Rio Grande do Sul (processo judicial nº 2016/0288234-3), cujo propósito foi definir a validade da rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo empresarial por parte de determinada operadora em face de microempresa familiar composta por apenas três pessoas. Nele, decidiu-se que a contratação, por uma microempresa familiar, de plano de saúde em favor de três únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, por faltar o elemento essencial de uma população maior de beneficiários. Isso estaria violando o art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656, de 1998 e, por ser um caso atípico de contrato coletivo, reclama, portanto, tratamento normativo como plano individual e familiar fosse (BRASIL, 2018b).

Não obstante, a decisão do STJ no Recurso Especial nº 1.638.280 – RS, por não se estender a todos os casos de planos coletivos com aparência de produtos individuais e familiares, ao considerar suas pequenas composições de integrantes familiares microempresários, não interrompe o ciclo de comercialização que vem se perpetuando exponencialmente nas redes sociais, expondo os contratantes aos abusos perpetrados pelas operadoras de planos privados de saúde.

Os contratos coletivos atípicos são os planos de natureza formalmente coletiva, mas que têm composição familiar reduzida e que, por isso, necessitam do mesmo tratamento normativo dado aos planos individuais e familiares. Entretanto, como as decisões judiciais não são isomórficas entre os litigantes, e considerando que a regulação nesses planos é omissa, há muita insegurança jurídica no segmento contratual coletivo. Como nem todos os consumidores de planos coletivos recorrem ao Poder Judiciário em caso de se sentirem prejudicados (seja pelos reajustes exorbitantes nas mensalidades, seja pelas rescisões contratuais unilaterais ilegítimas) continua compensando muito para as operadoras a

comercialização de planos coletivos a grupos familiares reduzidos. Além disso, subsiste empiricamente o interesse oculto de que contratantes de planos individuais migrem para planos coletivos de menor regulamentação.

As arapucas contratuais decorrentes das interrupções do contrato por vontade e conveniência das operadoras de planos privados de assistência à saúde – que ocorrem comumente nos planos falsos coletivos – atingem tipicamente beneficiários que apenas poderiam contratar planos individuais e familiares pela falta da necessária elegibilidade para contratação de planos coletivos que abrangem por sua natureza uma população maior de beneficiários vinculados, e não apenas um pequeno grupo de pessoas e familiares comum nos planos individuais destinados às pessoas físicas (SOARES, 2017).

Esses falsos planos coletivos, com o intuito de driblar os preços elevados dos planos individuais e familiares, apresentavam predominantemente como integrantes: colegas de igreja em nome da paróquia; pessoas que participavam de associações de bairros e condomínios; e clubes ou entidades religiosas, cujo objetivo era conseguir adquirir assistência suplementar em planos coletivos não patrocinados, os quais não seriam financiados pelas sociedades empresárias (SILVEIRA, 2009).

Ainda que a Resolução Normativa nº 432, de 27/12/2017, da ANS, tenha regulamentado as contratações de planos coletivos empresariais pelos empresários individuais, não se impede na prática a constituição de uma sociedade empresária exclusivamente com a finalidade de contratar um plano de saúde coletivo empresarial, formado por uma pequena empresa familiar ou outra denominação classificatória, desde que os requisitos da referida norma especial tenham sido cumpridos.

Os empresários individuais abrangem os Microempreendedores Individuais (MEI), os Empresários de Pequeno Porte (EPP), Microempresários (ME) e todos aqueles legitimados que profissionalmente exerçam atividade economicamente organizada para a produção ou circulação de bens ou de serviços, conforme prevê o art. 966 do Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002).

Na prática, persiste a insegurança jurídica das rescisões unilaterais por iniciativa das operadoras nas contratações coletivas que firmam um CNPJ para aquisição de um plano de saúde empresarial composto por um pequeno número de pessoas, com ou sem vínculo familiar. A insegurança se estende aos casos em que se comprova e conserva a inscrição nos órgãos competentes e regularidade cadastral na Receita Federal, bem como outras exigências da legislação vigente pelo período mínimo de seis meses, de acordo com sua forma de

constituição nos termos do art. 2º, §§1º e 2º da Resolução Normativa nº 432, de 27/12/2017 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Os requisitos da elegibilidade dos beneficiários vinculados aos planos coletivos empresariais e por adesão previstos, respectivamente, nos arts. 5º e 9º da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, da ANS continuam sendo válidos para evitar que consumidores não legitimados pelas pessoas jurídicas contratantes se reúnam sem representatividade para contratarem planos coletivos. Caso contrário, caracterizar-se-ia constituição de vínculo direto e individual dessa população com a operadora, conforme prevê o art. 32 da citada Resolução (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Essa problemática da falsa coletivização desloca-se da categoria nula da contratação coletiva quando o art. 32 da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, da ANS, insere a lógica da conversão substancial do ato negocial sem legitimidade da pessoa jurídica contratante e sem elegibilidade do beneficiário implícito ao plano falso coletivo, que não observa a forma legal prescrita para uma nova categoria válida de contratação individual e familiar (SOARES, 2017).

A falta de verificação anual e diligência contínua no ato e após a celebração do aniversário contratual quanto à legitimidade na contratação coletiva impõem às operadoras de planos privados de assistência à saúde a adoção do mesmo tratamento normativo dos planos coletivos firmados sem elegibilidade à pessoa jurídica contratante como se fossem planos individuais e familiares, de acordo com art. 32 da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, da ANS. Quando verificada a ilegitimidade desses contratantes, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia de 60 dias, resguardando-se daquela imposição normativa de equiparar planos coletivos como se individuais fossem e das demais penalidades cabíveis (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Nesse aspecto, quando há perda da elegibilidade da contratação coletiva empresarial pelos empresários individuais e a operadora verifica tal fato por meio de necessárias diligências, há permissão normativa para que se rescindam contratos que deixaram de ter representatividade com a pessoa jurídica contratante, conforme art. 3º, §1º da Resolução Normativa nº 432, de 27/12/2017 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Em contraponto, o que se vem observando é que há precedente judicial do STJ para equiparar planos coletivos empresariais mesmo com empresários individuais elegíveis, mas

que por serem formados por pequenos grupos de pessoas ou familiares são equiparados a planos individuais e familiares para alcançarem a mesma sistemática normativa dos planos de natureza individual e familiar a fim de proteger os consumidores de planos falsos coletivos das rescisões unilaterais de contratos e reajustes abusivos promovidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, haja vista a decisão do STJ no Recurso Especial nº 1.638.280 – RS e outros casos judicializados nessa seara. Essa situação nos leva a crer que a Resolução Normativa nº 432, de 27/12/2017, da ANS, muito embora tenha regulamentado as contratações de planos coletivos empresariais pelos empresários individuais, não impediu as abusividades rescisórias unilaterais e de reajuste exorbitante nas mensalidades, especialmente quando os planos coletivos empresariais são formados por pequenos grupos de familiares empresários individuais.

O STJ reconhece que a regulamentação dos planos coletivos empresariais prevista no art. 16, inciso VII, alínea “b” da Lei nº 9.656, de 1998, distingue-os daqueles com menos de 30 beneficiários. Nestes, as bases atuariais assemelham-se às dos contratos de planos individuais e familiares, impondo-se que sejam feitos agrupamentos neste segmento para que os riscos da operação sejam diluídos, de tal modo que também seja necessária a devida apuração do cálculo de percentual de reajuste para cada um deles, de acordo com as Resoluções Normativas nº 195, de 2009, e a de nº 309, de 2012, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009a, 2012).

Outrossim, as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a fazerem agrupamento nos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, independentemente de serem empresariais ou por adesão para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esses agrupamentos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

Não obstante, a questão da falsa coletivização é uma situação preocupante e que desafia a efetividade da regulação na saúde suplementar. Isso porque ameaça e frustra direitos de contratantes que não têm a devida elegibilidade para contratarem planos coletivos, assim como aqueles que têm a elegibilidade para a contratação coletiva. Esses últimos, mesmo apresentando elegibilidade para a contratação coletiva, em razão da baixa composição de beneficiários vinculados (como os empresários individuais que contratam planos coletivos empresariais para pequenos grupos de pessoas ou familiares), correm riscos similares de desassistência médica e odontológica em relação aos contratantes de planos coletivos sem elegibilidade. Isso ocorre por causa da conveniência das rescisões unilaterais e reajustes

abusivos nas mensalidades pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde comum em ambas as circunstâncias.

Desse modo, a falsa coletivização é uma forma usual de as operadoras de planos de saúde escaparem da regulação da ANS para aplicarem reajuste unilateral ou por sinistralidade nas mensalidades. Isso inclui a rescisão unilateral do contrato coletivo, no qual não é mais conveniente para o segmento do mercado de planos de saúde arcar com custos de doenças graves de um pequeno grupo de pessoas sem o mesmo poder de negociação com o referido mercado (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2007).

A vulnerabilidade dos beneficiários de planos coletivos está diretamente relacionada à instabilidade dos vínculos contratuais que não têm a mesma regulamentação que os planos individuais e familiares.

Os contratos coletivos, que são a maioria do mercado brasileiro, trazem impactos a toda a sociedade que, sem conseguir se manter nos planos de saúde, vai buscar acesso no SUS, que já tem o acesso desigual para a população mais carente e desprovida de recursos.

São vários retrocessos nos direitos dos consumidores que se desdobram da falsa coletivização em relação ao marco legal regulatório trazido pela Lei nº 9.656, de 1998, e ao próprio CDC, exigindo do Poder Público medidas mais eficazes para coibição da concorrência desleal e predatória prestes a eliminar a comercialização de planos individuais e familiares.

3.1 A Violação Positiva dos Contratos e o Princípio da Boa-Fé Objetiva nas Publicidades das Operadoras de Planos Privados de Saúde nas Redes Sociais

A teoria da violação positiva do contrato de origem alemã e idealizada pelo jurista Hermann Staub não tem previsão legal expressa no Código Civil pátrio de 2002, muito embora a doutrina jurídica a reconheça como o cumprimento inexato das obrigações e sustente sua utilidade ao direito nas relações contratuais, considerando que pode ser integrada à boa-fé objetiva, devidamente, positivada no ordenamento jurídico civil brasileiro (PETRAUSKI, 2019).

Segundo a teoria da violação positiva do contrato, a não observação da boa-fé objetiva e dos deveres anexos relacionados diretamente ao contrato gera o inadimplemento, ainda que a parte realize determinada prestação obrigacional devida (PETRAUSKI, 2019).

À luz da construção doutrinária sobre essa teoria alemã, quando ocorre a violação contratual surge a responsabilidade civil que deverá ser apurada em cada caso concreto. Todavia, para que não ocorra a violação positiva dos contratos, não somente a obrigação contratual principal deverá ser cumprida, mas todos os deveres anexos, os quais se reportam à ideia de informação, de proteção e de cooperação.

Por outro lado, há divergências sobre a aplicabilidade da teoria da violação positiva do contrato, considerando-se a falta de efetividade no âmbito da utilidade para o Direito brasileiro. Isso ocorre porque, a partir da teoria obrigacional contemporânea, é possível expandir o conceito de objeto da obrigação. Isso torna possível incluir, para além do comportamento do devedor que executa os deveres de prestação, o comportamento que abrange a execução de todos os deveres de conduta, que são imprescindíveis para a satisfação dos interesses do credor (TERRA, 2019).

Desse modo, a boa-fé traduz uma norma atrelada ao comportamento das partes contratuais, impondo tanto deveres positivos, tais como os de colaboração e informação, quanto os deveres negativos, como os de lealdade e sigilo (TEPEDINO, 2006).

Num sentido mais amplo, o dever legal imposto pela boa-fé objetiva exige responsabilidade sobre os efeitos da contratação, a qual se expande também a terceiros que não integram a relação contratual firmada, especialmente quando os negócios entre as partes podem repercutir positiva ou negativamente na esfera jurídica alheia (TEPEDINO, 2015).

Por sua vez, o adimplemento imperfeito da obrigação contratual principal é o cumprimento inexato ou parcial das obrigações, o qual incide em prestações sem qualidade e deficientes, frustrando os deveres laterais ou anexos nas relações contratuais pactuadas (PETRAUSKI, 2019).

Quando se configuram casos de descumprimento dos deveres de informação pelas operadoras de planos privados de saúde, especialmente nas publicidades enganosas que ocultam as verdadeiras informações para cada tipo de contratação nos planos privados de saúde, pode-se conceber que há violação positiva do contrato pelo adimplemento imperfeito da obrigação principal entendida como um contrato já firmado entre as partes. No entanto, os deveres informacionais, como derivam da boa-fé objetiva, independem de o contrato principal estar celebrado ou não com os consumidores, considerando-se que os deveres de lealdade e confiança recíprocas coexistem antes mesmo da celebração do contrato, além de perdurarem ao longo da execução e até mesmo após o encerramento deste.

A ampla positivação da boa-fé para todos os tipos de contratos destacou-se na vigência do atual Código Civil brasileiro de 2002, deixando-se de se restringir apenas aos contratos de seguros, conforme o art. 1.443, do Código Civil de 1916 (BRASIL, 1916).

O princípio da boa-fé funciona como elemento orientador no âmbito de toda a legislação consumerista, o qual deverá ser observado tanto na fase pré-negocial, como nas fases de formação e execução dos contratos (SCHAEFER, 2010).

Mesmo antes do Código Civil de 2002, o CDC de 1990 já havia positivado a boa-fé contratual, tanto em seu art. 4º, inciso III, quanto no art. 51, inciso IV, prevendo medidas contrárias à abusividade contratual nas relações de consumo (BRASIL, 1990b).

A abusividade contratual nas relações de consumo passou a ser combatida pelo CDC e possibilitou avanços maiores com o reconhecimento de três funções da boa-fé objetiva no Código Civil de 2002: interpretativa, corretiva e integrativa nos termos dos arts. 113, 187 e 422 desse último mandamento legal, respectivamente (BRASIL, 2002).

Dessas três funções distintas e conjugadas da boa-fé objetiva, a função interpretativa, em que as partes têm o dever de proceder com a boa-fé para determinar o sentido das estipulações contratuais, é a mais frequentemente invocada pela jurisprudência. Quando se trata de cláusula que provoque dúvida sem correspondência com as cláusulas prescritas nas leis especiais, o controle de conteúdo deve se pautar na boa-fé contratual objetiva, de modo a proibir desvantagens contratuais que desrespeitem os princípios gerais positivados nas leis ou que violem o próprio contrato (MELO, 2011).

Nesse aspecto, a função corretiva da boa-fé objetiva baseia-se no controle, o qual delimita os direitos que o credor tem como faculdade de exercer contra o devedor, e a função integrativa ou supletiva amplia os deveres comportamentais entre credor e devedor (MELO, 2011).

Enquanto o aspecto subjetivo do princípio da boa-fé demonstra a vontade ou a intenção dos contratantes de não provocar prejuízos reciprocamente, levando-se em conta a natureza ética e o respeito à palavra concedida, o elemento objetivo do referido princípio estabelece as regras de conduta a serem observadas pelas partes, conforme art. 4º, inciso III, do CDC, transcendendo o conceito puramente ético para o conceito jurídico e econômico limitador das práticas abusivas (SCHAEFER, 2010).

O Enunciado nº 26, da I Jornada de Direito Civil do Conselho da Justiça Federal (CJF), conceitua o princípio da boa-fé objetiva como uma exigência de comportamento leal das partes contratantes (CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL, 2002).

Os consumidores, em razão da boa-fé, não são obrigados a cumprirem contratos sem o conhecimento prévio do seu conteúdo, ou se os termos utilizados não têm uma redação clara, correta, precisa e compreensível, especialmente para as cláusulas restritivas de direitos (SILVEIRA, 2009).

Como resultados do princípio da boa-fé reconhecem-se deveres correlatos ou laterais em todas as espécies de contrato, os quais integram as relações contratuais, exigindo aos contratantes comportamentos adequados, inclusive em vínculos que se estendam no tempo, como em situações de prestação continuada de serviços, que lhes sejam imputadas cautelas, avisos, comunicações e cuidados especiais no trato negocial, sob pena de ensejar responsabilizações (BITTAR, 2004).

Os deveres laterais ou anexos decorrem do princípio da boa-fé objetiva como norma cogente e são disposições não oriundas da vontade dos contratantes, não necessitando da pactuação entre as partes para que sejam efetivados (MATTIETTO, 2014).

Os deveres de informação das operadoras são deveres anexos à obrigação contratual principal de avisar as peculiaridades e riscos da contratação coletiva de planos de saúde antes mesmo da celebração do contrato.

O setor de planos de saúde é demasiadamente caracterizado por informação imperfeita, com efeito relevante na relação entre poder de mercado, concentração e bem-estar social. As assimetrias de informação entre os agentes causam risco moral e seleção adversa no mercado de seguros, assim como problemas de agência nos serviços médicos (BARRIONUEVO FILHO; LUCINDA, 2010).

O risco moral nos serviços de seguro médico induz o surgimento de demandas por seguros saúde e o uso excessivo de serviços nesse segmento. Assim sendo, torna-se difícil verificar a natureza da doença de forma precisa, bem como o tratamento adequado, pelo fato da existência da assimetria de informações entre os consumidores e operadoras de planos privados de saúde (BARRIONUEVO FILHO; LUCINDA, 2010).

A seleção adversa também constitui outro tipo de assimetria informacional entre consumidores e fornecedores de planos privados de saúde, e ocorre quando os consumidores têm diferentes tipos de riscos, os quais não são conhecidos pelo mercado de planos de saúde. Esta situação comporia o *pool* de segurados com perfil de risco muito pior que os demais. O equilíbrio entre os perfis distintos ocorre quando os consumidores com piores perfis de riscos adquirem seguros completos e os consumidores com melhores perfis de risco escolhem seguros parciais, e dependendo da distribuição de tipos de riscos na sociedade pode levar à negativa de oferta de seguros (BARRIONUEVO FILHO; LUCINDA, 2010).

O problema de agências no mercado de serviços de saúde se diferencia, pois, além desses serviços, são oferecidos diagnósticos e recomendações para determinado paciente. Aparece a figura do especialista, que poderá prescrever tanto um tratamento mais custoso quanto um mais barato. No entanto, a escolha do consumidor somente pode ser norteadada pelo diagnóstico do especialista, o que causa uma assimetria de informação entre o consumidor e o prestador de serviços. Esse problema de agências reside no fato de o prestador de serviços induzir alguma demanda mais custosa a seus pacientes, destacando-se a geração de lucros para si, ressaltando-se, contudo, a indefinição da literatura científica sobre esse aspecto (BARRIONUEVO FILHO; LUCINDA, 2010).

A sociedade é a destinatária direta da prestação de serviços pelas operadoras de planos privados de saúde e a preocupação com as relações conscientes de consumo está contemplada no âmbito da sustentabilidade econômica e social. É um retrocesso considerável conviver com reajustes abusivos que podem lesar direitos e gerar a saída forçada de vários consumidores que acreditavam estar seguros na relação contratual coletiva ou que tiveram seus contratos rescindidos unilateralmente pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Tanto os critérios de reajustes nas mensalidades devem ser claramente definidos nos contratos, como deverá haver maior segurança jurídica para os consumidores que contratam planos coletivos. A assimetria informacional induz as contratações coletivas em detrimento às individuais e familiares, sendo adequado suprir lacunas normativas que não permitam a perpetuação desordenada de planos coletivos.

Para que não haja violação positiva dos contratos, a boa-fé deve ser adotada como critério de aferição da abusividade nas relações de consumo, decorrente tanto de uma prática comercial abusiva, como de uma cláusula abusiva, a fim de assegurar o equilíbrio indispensável na sociedade (MARTINS, 2002).

Nesse contexto, a boa-fé implica num dever de atuação a fim de não prejudicar de forma desproporcional a contraparte quanto à adesão às cláusulas contratuais gerais. Deve-se considerar cada caso concreto, não havendo que esperar lei expressa, que contenha rol de situações consideradas abusivas para que se puna uma ofensa à cláusula geral da boa-fé (MELO, 2011).

Desse modo, a cláusula geral da boa-fé, por ser a fonte contratual, deve presidir o trânsito jurídico sem limitar os deveres contratuais aos derivados da autonomia privada, transcendendo-se o vínculo estático entre o dever jurídico de débito e o direito subjetivo de crédito (STEINER, 2014).

Assim, os efeitos derivados da boa-fé incidem em todas as etapas da contratação, incluindo as publicidades do mercado de planos de saúde que não devem ocultar os riscos do desequilíbrio das relações jurídicas nas contratações coletivas. A venda qualificada importa a boa-fé como dever anexo de toda obrigação jurídica que não lesione e nem onere os consumidores de forma abusiva e desleal.

3.2 As Confusões Semânticas dos Consumidores entre os Planos de Saúde Individuais e Familiares e os Coletivos para Pequenas e Médias Empresas Familiares (PMEF)

A educação dos consumidores compreende o conhecimento das leis que os amparam, da economia de mercado, dos órgãos que realizam a proteção nas relações de consumo, bem como da aplicabilidade das políticas nacional e estadual, dos direitos e deveres legais na figura de cidadãos-consumidores (RÊGO, 2007).

A educação para o consumo também abrange o conhecimento dos padrões de qualidade dos produtos e serviços disponibilizados no mercado, do conhecimento das práticas de fraude e de como combatê-las, assim como das práticas comerciais abusivas e enganosas por meio de publicidades feitas pelos fornecedores (RÊGO, 2007).

Os consumidores precisam ser mais conscientes dos direitos por meio de melhorias da educação formal básica mais crítica nas relações de consumo atrelada a uma racionalidade mais estruturada do mercado de planos de saúde.

Por sua vez, essa racionalidade não depende diretamente dos consumidores enquanto sujeitos, mas de uma intersubjetividade atrelada à lógica descentralizada de um pensamento em relação ao ego (HABERMAS, 2018).

A teoria filosófica contemporânea que aborda a “ética da discussão” tem como objetivo esclarecer quais são as condições da intercompreensão como também a partir da delimitação dos pressupostos pragmáticos da linguagem, identificar os termos de uma fundamentação de caráter intersubjetivo e racional das normas (HABERMAS, 2018).

O pluralismo cultural na espécie interpretativa significa que o mundo pode ser interpretado de modo diferente de acordo com as perspectivas individuais e coletivas, afetando a visão mais ampla e a autocompreensão, assim como a percepção dos valores e dos interesses pessoais, considerando cada história particular e tradição de vida (HABERMAS, 2018).

A multiplicidade de perspectivas interpretativas justifica que o sentido do princípio de universalização é inesgotável no âmbito das reflexões monológicas, segundo as quais se determinadas como máximas verdades transformar-se-iam em normas universais (HABERMAS, 2018).

O consenso a partir do diálogo abrangente universaliza todos os interesses envolvidos, não traduzindo um exercício de mudança de perspectivas individuais que atenda aos interesses de todos, mas da complementação da subjetividade e da intersubjetividade (HABERMAS, 2018).

Reportando-se às concepções plurais e subjetivas das discussões éticas trazidas por Habermas (2018) na prática deste estudo, importa dizer que as normas que regulam os planos de saúde ditam as regras de conduta que devem ser cumpridas pelas operadoras de planos privados de saúde, independentemente do caráter sistêmico vulnerável ou hipossuficiente particular subjetivo que possa estar implícito nas relações de consumo, sob pena de responsabilização das mesmas em caso de dano aos consumidores por eventual atitude humana antijurídica.

A Lei nº 9.656, de 1998, que representa o marco legal nos planos de saúde, veio corroborar os avanços na seara do consumo decorrentes do CDC de 1990, bem como o compromisso constitucional do acesso universal à saúde de forma ampla e gratuita assumido pelo Poder Público.

Ainda que os planos de saúde sejam pautados por relações contratuais privadas, é inegável que a participação do mercado na saúde trouxe complementação na prestação de serviços para todo e qualquer tipo de contratante. Significa, como efeito, incluir o próprio Estado nessa qualificação a fim de dar cumprimento ao acesso universal à saúde para aqueles que não dispõem direta ou indiretamente de planos de saúde, seja por não terem condições financeiras de adquirirem diretamente um plano de saúde; de não disporem de relações empregatícias para adquirirem um plano empresarial ou por não terem como aderirem a um sindicato ou uma entidade de classe profissional.

No tocante à regulamentação dos planos de saúde advinda com a Lei nº 9.656, de 1998, foram estimulados movimentos de reação às garantias legais conquistadas, merecendo destaque a coletivização contratual e a incompatibilidade entre a demanda e a oferta (BAHIA, 2013).

A baixa oferta de planos de saúde individuais e familiares coincidiu com a maior regulamentação de planos desta natureza contratual destinados às pessoas físicas, fazendo

acelerar o ramo da comercialização de planos coletivos empresariais e por adesão contratados por pessoas jurídicas.

Existem interpretações enviesadas da legislação de planos de saúde, as quais se referem às coberturas contratuais como ajustes à capacidade diferenciada de pagamento pelos consumidores e não as relacionadas pela lei e as normas de reajustes, vedação à rescisão unilateral de contrato e a não obrigatoriedade de cobertura para os planos coletivos (BAHIA, 2013).

Existe também grande interesse do mercado em ofertar planos coletivos para pequenos grupos de consumidores, a partir de três pessoas, como os contratos de planos de saúde celebrados entre as operadoras de planos de saúde com as pequenas empresas, sindicatos de trabalhadores e outras associações civis, necessitando que a parte contratante tenha um CNPJ (CRUZ, 2017).

Paralelamente à diminuição e à extinção da comercialização dos planos individuais e familiares, há aumento da modalidade de planos de saúde compostos pela falsa coletivização, pois os consumidores seriam atraídos a pagar mais barato seus planos, sendo, portanto, estimulados a aderirem a entidades associativas ou sindicatos, ou a se vincularem a um CNPJ para aquisição de um plano coletivo (CRUZ, 2017).

Seduzidos por ofertas vantajosas das operadoras e acreditando pagar mais barato pelo plano de saúde coletivo, os consumidores que tinham ou não planos individuais passam a adquirir planos coletivos como contratantes microempreendedores familiares ou empresários individuais, constituindo CNPJ para essa finalidade comercial e desconhecendo os riscos da contratação coletiva.

Essa prática de incentivar a comercialização de planos de saúde vinculados à aquisição de um CNPJ, seguindo as regras da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS revela discussões importantes sobre a instabilidade dos vínculos contratuais que vêm se formando sem qualquer prospecção regulatória quanto a estudos de cenários impactados pelo retrocesso às garantias legais efetivadas pela Lei nº 9.656, de 1998, como o acesso à cobertura duradoura e indeterminada aos serviços privados de saúde. Toda essa problemática destaca a falta de previsão legal para a obrigatoriedade da comercialização de planos de natureza individual e familiar contratados por pessoas físicas na Lei nº 9.656, de 1998, a qual também não prevê que as operadoras devam ofertar apenas planos coletivos por meio de pessoa jurídica com menor regulamentação e equilíbrio contratual. Desse modo, a partir da literalidade normativa trazida à baila pela Lei nº 9.656, de 1998, é possível afirmar que

os planos e seguros de saúde devem ser colocados à disposição de todo indivíduo que tenha interesse em contratá-los, sendo vedada qualquer discriminação. O art. 16, inciso I, da Lei nº 9.656/98, estabelece que a indicação das condições de admissão constitui um dos requisitos dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos. Entretanto, este dispositivo não deve ser interpretado no sentido de que as operadoras e seguradoras de saúde podem prever como requisito para o ingresso no plano ou seguro saúde que o consumidor esteja vinculado a uma certa pessoa jurídica. Admitir-se esta situação seria discriminar aquelas pessoas que vivam de rendas próprias, as que estejam desempregadas, e as que, mesmo sendo trabalhadoras, seus empregadores não concordam em contratar plano ou seguro de saúde. Haveria, portanto, uma violação aos ditames constitucionais que asseguram a todos os brasileiros o tratamento igualitário, isento de preconceitos e prejulgamentos. Os consumidores, quer integrem certa pessoa jurídica ou não, devem ser respeitados quanto ao propósito de contratarem um plano ou seguro de saúde (SILVA, 2010, p. 182).

Por sua vez, as regras dispostas para contratação de planos privados de saúde pelos empresários individuais preveem como requisito a inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, além de outros documentos que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de seis meses, de acordo com sua forma de constituição (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

A manutenção no plano coletivo empresarial pelo empresário individual está condicionada à conservação da sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição, sendo a comprovação periódica a partir da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial e, anualmente, no mês de aniversário do contrato (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Tanto os empresários individuais, assim como as demais sociedades empresárias que contratam planos de saúde empresariais devem cumprir os requisitos de elegibilidade para todos os beneficiários vinculados nos termos do art. 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a, 2017).

Os legitimados a contratarem planos privados de saúde empresariais como empresários individuais são todos aqueles que desempenham atividades econômicas organizadas para a produção ou circulação de bens ou de serviços, compreendendo os Microempreendedores Individuais (MEI), Empresários de Pequeno Porte (EPP), Microempresários (ME) etc., de acordo com o art. 966, do Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002).

Deste modo, as regras para contratação de plano de saúde empresarial tanto para empregadores como para empresários individuais incluem a aquisição de um CNPJ como um dos requisitos legais.

O empresário individual quando decide mudar de contratação individual/familiar como plano de origem para contratação coletiva empresarial como plano de destino acredita que terá as mesmas proteções legais previstas no art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

A vedação à suspensão ou à rescisão unilateral do contrato, à exceção de fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, restringe-se aos planos destinados às pessoas físicas contratados individualmente, de acordo com art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, tanto para empresários individuais como para outros contratantes de planos coletivos de menor proporção na composição da carteira de beneficiários, a falsa coletivização caracteriza-se justamente pela presença de um pequeno número de contratantes vinculados a uma pessoa jurídica com CNPJ. Como efeitos surgem consequências prejudiciais aos consumidores, porque são contratos com características típicas de planos individuais, em razão do grupo pequeno de consumidores, mas que apresentam reajustes próprios de planos de saúde coletivos (CRUZ, 2017).

Além dos reajustes livremente negociados nos contratos de planos coletivos com até 30 consumidores, ainda é permitida a imposição de período de prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT) para acesso aos bens e serviços na saúde suplementar (CRUZ, 2017).

De maneira geral, os consumidores não têm o mesmo conhecimento técnico das operadoras de planos privados de saúde e não compreendem os riscos da contratação coletiva. Desse modo, confundem-se entre os tipos de contratação para adquirirem planos de saúde, convencendo-se facilmente pelo que é oferecido como uma grande vantagem pelo mercado sem se aterem aos riscos e desequilíbrios da contratação coletiva.

4 A COMERCIALIZAÇÃO ELETRÔNICA ABUSIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Na saúde suplementar, as contratações eletrônicas alcançaram relevo a partir da publicação da Resolução Normativa nº 413, de 2016, da ANS, a qual facultou às operadoras a possibilidade de ofertar planos de saúde pelos meios eletrônicos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

A manifestação da vontade entre as partes na contratação eletrônica é considerada um contrato celebrado entre ausentes, porque se consolida no apertar de um botão do *mouse* do computador, sendo imprescindível a presença de um provedor que possibilite a conexão com a rede mundial de computadores, o qual, embora preste um serviço como terceiro não é parte da relação jurídica (PEIXOTO, 2001).

Muitas vezes, porém, o simples clique não permite formar prova de que a celebração do contrato eletrônico foi concluída, deixando os consumidores vulneráveis à conveniência dos fornecedores em adimplir ou não a ordem expedida. Destaca-se, no entanto, que o condicionamento para a formação do contrato no meio eletrônico ao recebimento da aceitação da proposta não reduz a insegurança negocial nesse meio. Desse modo, a confirmação imediata de recebimento da aceitação da oferta como um dever legal instituído pelo art. 4º, inciso III, do Decreto nº 7.962, de 15/03/2013, foi mais acertada como garantia ao atendimento facilitado aos consumidores no comércio eletrônico (SCHREIBER, 2014).

O Decreto nº 7.962, de 15/03/2013, disciplinou uma série de outras exigências aos fornecedores para o comércio eletrônico, a fim de regulamentar o CDC nesse segmento, destacando todas as informações obrigatórias que devem integrar os sítios eletrônicos ou demais meios eletrônicos utilizados para oferta ou conclusão de contrato de consumo (BRASIL, 2013).

Essas informações obrigatórias abrangem o nome empresarial e o número de inscrição do fornecedor; dados de contato como endereço físico e eletrônico; características essenciais do produto ou do serviço; discriminação, no preço, de quaisquer despesas extras; condições integrais da oferta, incluídas modalidades de pagamento, disponibilidade, forma e prazo da execução do serviço ou da entrega ou disponibilização do produto e informações claras e ostensivas a respeito de quaisquer restrições à fruição da oferta (BRASIL, 2013).

Ainda que as contratações eletrônicas não sejam um novo gênero das contratações tradicionais mitigadas do direito pátrio, estabelecem-se de modo mais temerário e

desinformado que nas contratações físicas, visto que as informações pré-dispostas nos sites da internet não são qualificadas para além das características gerais e padronizadas dos produtos ofertados (SCHREIBER, 2014).

Sendo assim, no âmbito da política nacional protetiva das relações de consumo, inserem-se direitos e garantias fundamentais previstos nos arts. 5º, XXXII, e 170, V, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (TEPEDINO, 2006).

Desta forma, os anúncios publicitários não devem violar os preceitos fundamentais da relação consumerista ao induzirem os consumidores a erros, com a finalidade de obter enriquecimento indevido (GONÇALVES, 2016).

O direito à informação eficaz e o respeito ao que foi celebrado no contrato são essenciais nas relações de consumo, porque trazem segurança jurídica entre as partes no bojo de um sistema normativo harmônico, confiável e transparente.

Após oito anos da vigência do CDC, a Lei nº 9.656, de 03/07/1998, conhecida como Marco Legal dos Planos de Saúde, foi promulgada com o intuito de demonstrar que a norma especial deve ser interpretada harmonicamente às normas gerais que protegem os consumidores (FARIAS, C.; FARIAS, T., 2014).

Ocorre que a contratação virtual abrange uma série de dificuldades e desafios jurídicos no combate às violações sistemáticas aos direitos dos consumidores para tornar válida e menos complexa a legislação brasileira no e-commerce, superando, proporcionalmente, os problemas do comércio tradicional em algumas regiões brasileiras (SCHREIBER, 2014).

Os desafios da contratação pelos meios eletrônicos de comunicação à distância não se limitam à validade da prova da contratação nestes meios, mas implicam os diversos aspectos correspondentes da teoria geral dos contratos quanto às significativas mudanças no modo de celebração destes e no desenvolvimento nas relações jurídicas de consumo (SCHREIBER, 2014).

A legitimidade da identidade na contratação envolvendo pessoa jurídica não é imediata no comércio eletrônico como quando se trata de rápido preenchimento de dados contratuais pelas pessoas naturais no âmbito presencial. Essa situação justifica-se ao fato de que existem inúmeros sites de fornecedores de produtos ou serviços que apresentam informações incompletas, incluindo a falta do nome empresarial da pessoa jurídica responsável pela prestação de serviços e dos dados de localização do estabelecimento comercial, apresentando somente um nome fantasia (SCHREIBER, 2014).

Na seara dos planos de saúde, não é incomum encontrar sites apresentando somente os nomes fantasias das operadoras, intermediados por diversos serviços de corretagem, os quais

referem atuar em nome de grandes sociedades empresárias sem informar dados seguros de localização, como o endereço do estabelecimento físico da contratação e telefone da parte a ser contratada, assim como não contemplam ou deixam de indicar serviços mais apropriados de atendimento ao cliente para os casos de eventual reclamação.

No entanto, a instituição de serviços adequados e eficazes no comércio eletrônico, que possibilite aos consumidores a resolução de demandas, em relação à informação, dúvida, reclamação, suspensão ou cancelamento do contrato já é atribuição legal prevista no art. 4º, inciso V, do Decreto nº 7.962, de 15/03/2013 (BRASIL, 2013).

A mensagem publicitária é direcionada muitas vezes por meio de *cookies* e outras técnicas de transparência reduzida e legalidade duvidosa, que coletam dados pessoais dos consumidores sem autorização e sem que seja possível possibilitá-los às necessárias reflexões sobre a oferta, tornando-a quase sempre irresistível para a aquisição dos produtos ou serviços (SCHREIBER, 2014).

As publicidades irresistíveis apresentam propostas de suposta qualidade na assistência médica e odontológica pelo menor ônus financeiro, com vantagens proporcionalmente superiores aos planos de saúde originais. Os descontos nos preços das mensalidades iniciais nos planos coletivos variam muito e são usados como ferramentas atrativas pelos corretores ou prepostos das operadoras de planos privados de saúde.

A tendência é que a contratação coletiva aumente, pela maior facilidade de reajuste nos preços, sem controle da ANS, com possibilidade de rescisão contratual, tanto pela pessoa jurídica, à qual o consumidor está vinculado, quanto pelas operadoras de planos de saúde (SILVEIRA, 2009).

Como efeito das publicidades originais inconsistentes da comercialização de planos coletivos, que prometiam custos melhores para os consumidores, que eram estimulados a trocarem de planos para economizarem, ocorrem receios acerca da efetiva garantia de assistência médica e odontológica mais duradoura; a incerteza de uma rede assistencial que seja suficiente às necessidades da saúde humana; negativas nas autorizações prévias aos serviços prescritos pelos médicos ou dentistas; dificuldades para agendamentos nas consultas; e rompimento contratual, seja por iniciativa das operadoras, seja por vontade dos próprios beneficiários que não suportam o encarecimento ulterior dos planos coletivos.

Nesse último aspecto, o rompimento unilateral do contrato como prática abusiva não incomum ocorre quando a operadora perde o interesse no beneficiário pela mensalidade cobrada, pela idade ou pelo aumento das despesas com a frequência maior de utilização dos bens e serviços contratados (FARIAS, C.; FARIAS, T., 2014).

Sendo assim, é muito preocupante o cenário de maior concentração econômica nas contratações coletivas que privilegiam os interesses de um mercado que busca na autorregulação a forma mais evidente de direcionar as políticas regulatórias para esse propósito de livre negociação entre as partes, em detrimento aos consumidores mais vulneráveis nessa relação jurídica.

Essa preocupação reside no fato de que a concentração do mercado de planos de saúde pode alterar o padrão de competição entre os agentes deste mercado, se impuser barreiras de acesso e nível de preços, assim como ocasionar o elevado crescimento econômico da liderança de certas operadoras de planos privados de assistência à saúde, além da captura da própria ANS (OCKÉ-REIS, 2007).

De maneira geral, a análise dos atos brasileiros de concentração promovida pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) autorizou várias operações que elevaram a concentração no mercado como um todo, por suplantarem os problemas concorrenciais. Quando estes ocorrem, são celebrados acordos com a Administração para facilitar a aprovação destes atos sem alterações substanciais nos planos originais das empresas (FORGIONI, 2020).

Cabe ressaltar que as fusões ou incorporações entre distintas operadoras de planos privados de saúde vão muito além das operações que visam a esta finalidade em si ou seus benefícios. Elas trazem à tona o cenário habitual de abuso do poder de mercado configurado na predominância da contratação coletiva para fins de comercialização. E, para isso, acabam por impor barreiras de acesso nos planos individuais e familiares de maneira reflexa.

Como resultado do investimento crescente do capital estrangeiro na saúde brasileira, a prática da seleção adversa é recorrente para os serviços que geram mais retorno financeiro ao mercado, tais como leitos, exames e procedimentos. Através dessa prática, aumentar-se-á a individualização de demandas, por meio de pagamentos diretos em prestadores de serviços assistenciais populares e o acesso a planos de saúde menos onerosos. Contudo, isso ocorre com uma série de restrições de coberturas, agravando-se o problema da desassistência à população mais hipossuficiente, tais como: idosos, doentes crônicos, portadores de doenças mentais e outros pacientes dependentes de assistência médica contínua (SCHEFFER, 2015).

Esse cenário de composição de diferentes planos de saúde comercializáveis, encampados com a proposta de melhoria do acesso popular, não tem o condão de pôr fim às disparidades regionais assistenciais na saúde suplementar, uma vez que o mercado direciona seus objetos contratuais mais rentáveis não somente para as contratações coletivas, mas também para as coberturas segmentadas, especialmente as ambulatoriais, que não permitem o

acesso às internações hospitalares características dos planos com cobertura hospitalar de maior custo.

A garantia da venda de planos de saúde por produção, sem compromisso com os resultados positivos de saúde, gera aumento de riscos e desperdícios de recursos, impactando o sistema público de saúde, o qual acaba sendo fiador e operador de resseguro das atividades privadas (SCHEFFER, 2015).

Desse modo, a comercialização eletrônica abusiva de planos de saúde desenvolve-se de modo temerário às próprias regras e normativos especiais da ANS, os quais deveriam refletir o saneamento fiscalizatório regular das informações repassadas aos consumidores. Estes acabam por acreditar na publicidade enviesada e fraudulenta do mercado de planos de saúde, cujo intuito é a captura desleal de consumidores desacompanhada da responsabilização do papel de provedor privado da saúde e alheio ao interesse público relevante.

4.1 O Marco Civil da Internet e seus Desdobramentos Normativos na Saúde Suplementar

O Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014) trouxe mais segurança jurídica formal aos usuários ao prescrever a coibição de abusos pela responsabilização das sociedades empresárias que desenvolvem novas tecnologias, harmonizando-se a neutralidade da rede, a liberdade de expressão e a proteção de dados. Essa lei veio tutelar a privacidade e regular o uso da internet no Brasil.

A neutralidade da rede requer tratamento isonômico dos dados que trafegam na web, sem discriminação ou degradação de conexão, salvo disposição legal em contrário, sendo vedado na provisão de conexão à internet, onerosa ou gratuita, bem como na transmissão, comutação ou roteamento, bloquear, monitorar, filtrar ou analisar o conteúdo dos pacotes de dados (BRASIL, 2014).

Não obstante, a intencionalidade da rede social quando se aborda o mercado de planos privados de saúde merece estudos continuados e tutela especializada dos consumidores na seara regulatória, pois as tecnologias comerciais adotadas não parecem neutras quando se disseminam informações incompletas e que driblam a regulação setorial para captura desleal de usuários de planos privados de saúde para planos coletivos de menor regulamentação.

Sobre esse aspecto da intencionalidade da rede social, torna-se importante distinguir quais as possíveis relações entre os atos volitivos humanos e os que correspondem àqueles estritamente voltados para inteligência artificial, a fim de que esses recursos tecnológicos possam auxiliar de fato nas diversas atividades do cotidiano (FONTES, 2017).

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – Lei nº 13.709/2018 – complementou o Marco Civil da Internet de forma robusta ao tutelar a privacidade e a proteção de dados pessoais à medida que se transcenderam aspectos protetivos de natureza meramente principiológica e lacunas nesses dois quesitos em particular.

Por meio da LGPD, disciplinou-se na ordem jurídica nacional o direito à explicação que o titular dos dados pessoais detém para com as decisões baseadas em tratamento automatizado nos meios digitais, tanto por pessoa natural, quanto por pessoa jurídica de direito público ou privado (LIMA; SÁ, 2020).

Por sua vez, a Lei nº 13.709/2018 foi modificada pela Lei nº 13.853/2019 para, dentre outras disposições, instituírem a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), cuja tutela da saúde passa a destacar procedimentos realizados por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária, etc. (BRASIL, 2019).

Antes mesmo de a Lei nº 13.709/2018 (LGPD) entrar em vigor, a partir dessa alteração trazida pela Lei nº 13.853/2019, proporcionou-se efetividade ao direito à explicação na figura da ANPD, especialmente nos casos em que ocorrer recusa do controlador em fornecer todas as informações solicitadas sob o argumento de sigilo comercial e industrial e nas situações que lhe compete fazer auditoria com o intuito de apurar tratamento automatizado discriminatório dos dados pessoais (LIMA; SÁ, 2020).

Uma das atribuições da ANPD é a faculdade de solicitar, a qualquer órgão e entidade do Poder Público, a execução de trabalhos sobre o tratamento de dados pessoais, bem como informações específicas sobre o âmbito e a natureza desses dados, além de outros detalhes do tratamento realizado (BRASIL, 2019).

Na seara do consumo, a proteção dos dados pessoais na internet exige o consentimento prévio e expresso para coleta, uso, armazenamento e tratamento adequado das informações pessoais nas hipóteses legais estabelecidas, conforme art. 7º, inciso IX, da Lei nº 12.965, de 2014 (BRASIL, 2014).

As relações de consumo na saúde suplementar constituem uma das causas frequentes de judicialização desenfreada, porque a não efetivação do art. 196 da Constituição Federal brasileira de 1988 prepondera na busca dos usuários por provimento judicial que venha estabelecer efetividade aos seus direitos contratuais plenos em relação à saúde humana.

A saúde como direito de todos e dever do Estado como imperativo constitucional não exclui as responsabilidades civis contratuais das operadoras e de seus serviços esparsos de corretagem na venda de planos de saúde no ambiente interativo on-line.

A provisão de políticas regulatórias nas redes sociais de conexões vastas e rápidas exige do Poder Público e órgão regulador medidas proativas de combate às falsas publicidades que omitem informações importantes na hora de convencer o contratante de plano individual ou familiar a mudar para o plano coletivo de saúde.

Considerando a vigência da LGPD, ampliam-se as opções regulatórias para enfrentar os riscos da manipulação indevida no tratamento das informações restritas de beneficiários vinculados aos planos individuais e familiares em razão da maior proteção que lhes são conferidos pela sistemática disciplinada pelo art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656, de 1998, não podendo, portanto, serem lesados pelas falhas informacionais de mercado propositadas às mudanças para planos coletivos de maior insegurança jurídica e de maior vantagem econômica para as operadoras de planos privados de saúde.

As simulações oferecidas para a redução nos custos dos planos de saúde individuais e familiares podem não ter como motivação o interesse espontâneo dos usuários de planos dessa natureza, mas decorrerem de estratégia de marketing que os estimulam a mudar de plano individual para plano coletivo de maneira desleal e irresponsável.

Algumas operadoras de planos privados de saúde por meio de corretoras ou serviços próprios ou conjugados de consultoria adotam estratégias de campanhas personalíssimas por e-mail ou por outros canais para promoverem a migração de contratantes de planos individuais e familiares de pessoas físicas para planos de saúde coletivos empresariais destinados, principalmente à PME e/ou PMEF, considerando a aquisição de um CNPJ, com preços especiais ou promocionais, para adesão e vantagens aparentemente melhores (Figura 1, a seguir).

Figura 1 – Publicidade interna de supostas vantagens de planos de saúde coletivos, em detrimento à contratação individual e familiar pela corretora VitalCare Seguros, representando as operadoras Sul América Companhia de Seguro Saúde, Bradesco Saúde S/A, Amil Assistência Médica Internacional e Notre Dame Intermédica Saúde S.A.



Fonte: CORRETORA VITALCARE SEGUROS, 2021.

Nesse aspecto, o mercado utiliza-se de forma desvirtuada da finalidade normativa precípua da adaptação contratual prevista para ampliar o escopo da cobertura dos planos de saúde anteriores à regulamentação da Lei nº 9.656, de 1998, para convencimento de que a opção pela contratação coletiva empresarial regulamentada, no âmbito da mesma ou outra operadora, oferece muito mais vantagens do que manter um contrato individual e familiar antigo adaptado ao referido marco legal. Todavia, o direito à adaptação contratual em relação à Lei nº 9.656, de 1998, independe do tipo de contratação do plano de saúde, não sendo exigível que para haver ampliação de cobertura contratual tenha que mudar de contratação individual e familiar para a coletiva. Essa não exigência de mudança de contratação individual e familiar para a coletiva ocorre, porque a ampliação de cobertura depende não do tipo de contratação, mas da segmentação escolhida pelo consumidor e da data de celebração contratual – se foi antes ou depois do referido diploma legal – ou da data para a qual o aditivo de adaptação contratual foi firmado na segmentação escolhida.

Na adaptação contratual, amplia-se o rol de procedimentos e eventos na saúde suplementar, conforme a Lei nº 9.656, de 1998, porém, o contrato não regulamentado continua sendo um produto antigo da contratação original, independentemente de ser de natureza contratual individual ou coletiva, mitigando-se, portanto, que a ampliação de

cobertura é uma vantagem exclusiva de quem migra para os planos coletivos empresariais regulamentados, como se anuncia em algumas publicidades enganosas das operadoras de planos privados de saúde. Isso significa que os consumidores vinculados a contratos antigos de planos privados de saúde não necessariamente devem migrar para a contratação coletiva “regulamentada” para terem acesso à ampliação de cobertura assistencial na saúde, bastando, portanto, adaptarem seus contratos antigos por meio de aditivos contratuais, seja na contratação original antiga individual ou familiar, seja na contratação original antiga coletiva.

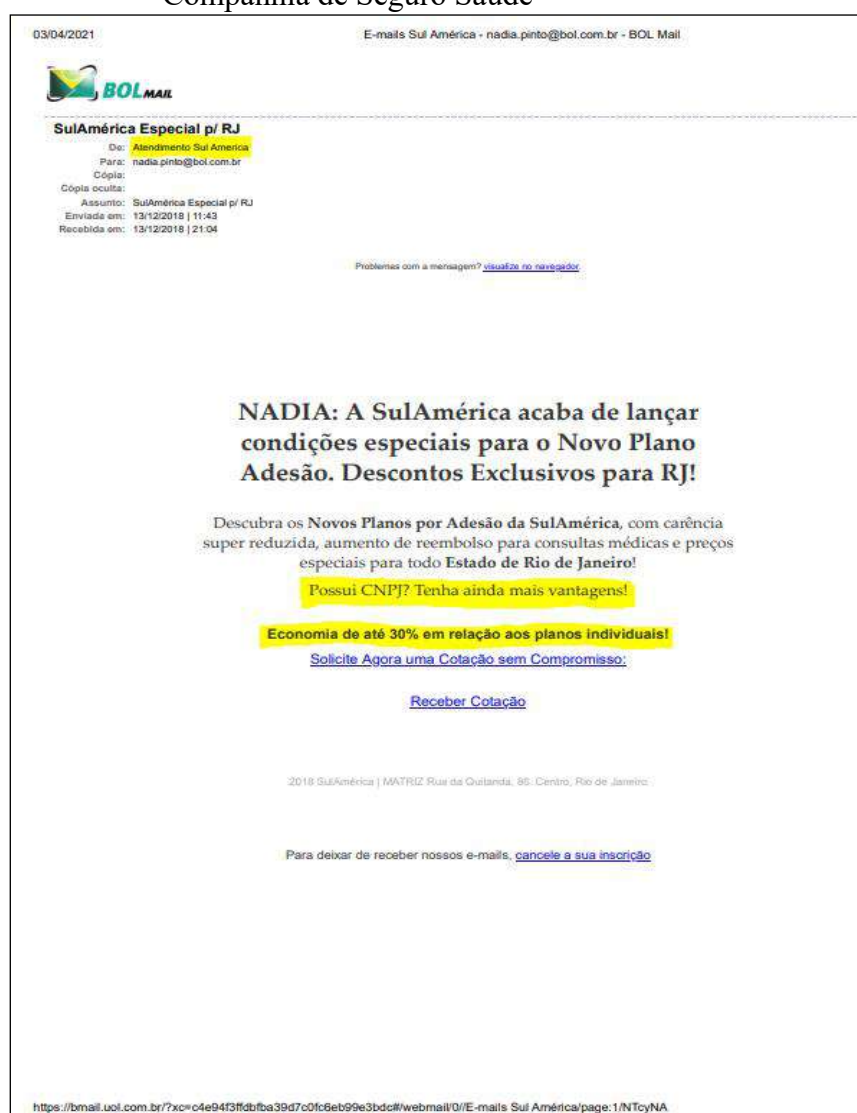
O mercado também argumenta que na migração entre as distintas contratações de planos de saúde não haverá exigência de prazos legais de carência ou até mesmo de Cobertura Parcial Temporária (CPT) de 24 meses para robustecer as inúmeras supostas vantagens da troca de planos individuais e familiares para coletivos, inclusive usando como referência a Súmula Normativa nº 21, de 12/08/2011, da ANS, que para qualquer tipo de contratação oferece a vantagem de isenção de carência cumprida no plano de origem para migração entre planos de saúde no âmbito da mesma operadora, e não apenas para as contratações coletivas empresariais ou para PME e/ou PMEF (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

À luz dessa súmula, os prazos de carência já cumpridos não poderão ser recontados no novo plano privado de saúde para qualquer tipo de contratação dentro da mesma operadora. A exigência de novos prazos de carência é estabelecida somente para coberturas e serviços que não integravam o contrato anterior, como nova rede credenciada de prestadores de serviços e diferente padrão de acomodação em internações hospitalares. No entanto, a referida súmula estabelece ressalvas no sentido de não poder haver intervalo de descontinuidade para o plano sucessor para não haver a nova cobrança do período de carência anteriormente cumprido no contrato de origem, o que em nenhum momento certas publicidades advertem (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

A manipulação da informação normativa da ANS pelo mercado gera muita confusão semântica nos consumidores, requerendo maior controle regulatório e sancionatório continuado pelo Poder Público, pois a interpretação normativa que o mercado vem enfatizando para os leigos, especialmente nos canais privados de comunicação de maior dificuldade para o controle fiscalizatório externo, é a vantagem do melhor preço com a melhor e maior cobertura assistencial médica e odontológica para migração de planos individuais e familiares para planos coletivos empresariais “regulamentados”, sem informar seus riscos de rescisão unilateral ou reajustes abusivos por iniciativa das operadoras, e sem repassar as informações verdadeiras para cada tipo de contratação e adaptação contratual (Figura 1).

Outrossim, também não há certeza jurídica se as publicidades das operadoras de planos privados de saúde que possam simplesmente omitir os riscos da contratação coletiva nos canais abertos da internet prescindam do seu poder de persuasão quanto ao direcionar da busca intencionada da migração de usuários de planos individuais para planos coletivos sucessores por meio de e-mails ou outras tratativas tecnológicas de captura pelo marketing abusivo e invasivo da privacidade dos consumidores. Na sequência, um exemplo de publicidade interna de uma seguradora especializada em saúde, enaltecendo os planos coletivos a partir da aquisição de um CNPJ, em detrimento dos planos individuais e familiares, com oferta de muito mais vantagens aos consumidores pelos canais privados (Figura 2).

Figura 2 – Publicidade interna de supostas vantagens de planos de saúde coletivos, em detrimento da contratação individual e familiar pela operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde



Fonte: ATENDIMENTO SUL AMÉRICA, 2018. (grifos da autora)

O controle de dados pessoais que envolvem o interesse público é compatível com a LGPD, e diante das infinitas tecnologias disponíveis na internet, o acesso aos dados e às informações privativas dos usuários de planos privados de saúde necessita de tratamento especializado da ANPD e da ANS. Nesse cenário, torna-se importante a construção de instrumentos jurídicos a fim de assegurar o exercício do controle pelos próprios usuários de planos privados de saúde sobre os seus dados pessoais que, aparentemente, não ostentem interesse público.

A informação irresponsável e não qualificada que chega pela internet, sobretudo nos canais privados dos usuários de planos de saúde pode causar sérios prejuízos nas relações de consumo, como a desassistência no plano de saúde de origem devido a trocas não conscientes e imediatistas, baseadas na aceitação de ofertas de produtos que induzem costumeiramente a menor onerosidade econômica.

Existem preferências de consumo e certo conforto da geração tecnológica, que cresceu e se desenvolveu no mundo digital de trocar informações por meio das plataformas eletrônicas, mensagens instantâneas, torpedos, e-mails, blogues e redes sociais (ARGENTI; BARNES, 2011).

Não obstante, a inserção de informações nos provedores da internet pelos consumidores de planos privados de saúde, ainda que ensejem riscos assumidos pelos próprios, não afasta a tutela jurídica desse segmento em razão de eventuais interesses ocultos do mercado de planos privados de saúde privilegiados nessa relação.

4.2 As Contratações Eletrônicas e as Informações Contratuais Mínimas da Saúde Suplementar nas Redes Sociais

A oferta de planos de saúde por meio das contratações eletrônicas é facultativa desde 2016, e a responsabilidade pela guarda e segurança das informações cabe às operadoras de planos privados de assistência à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

A comercialização eletrônica (e-commerce) no Brasil tem uma elevada rentabilidade de bilhões de reais por ano. Ao contrário do que se esperaria em um ambiente eletrônico, quanto à facilidade do exercício de direitos pela ausência de limites físico-espaciais, não se

assiste em tese maior amplitude e acessibilidade em relação às informações sobre o produto ou serviço contratado (SCHREIBER, 2014).

Nessa toada, a economia invoca importância aos dados pessoais na sociedade da informação, os quais estão sob riscos de serem violados no ambiente inovador da Internet das Coisas, alheia à legislação que, por sua vez, não acompanha a velocidade dos progressos tecnológicos. É, portanto, essencial maior vigilância e cautela dos consumidores quando se comunicam por meio dos diversos dispositivos físicos conectados à internet (SILVA; JESUS, 2020).

Uma das maiores assimetrias informacionais em relação aos planos privados de saúde consiste na falta de clareza e omissão de todas as características dos tipos de contratação, além da falta de controle que se verifica sobre o descumprimento reiterado dos normativos que regulam esse mercado eletrônico.

Os contratos individuais e familiares só podem ser rescindidos em caso de fraude comprovada, como nas situações em que os consumidores tenham mentido ou omitido informações ao contratar o plano ou seguro, ou em caso de atraso acumulado de 60 dias no pagamento das mensalidades nos últimos 12 meses do contrato, desde que a notificação do titular tenha sido feita até o quinquagésimo dia (RIZZARDO *et al.*, 1999).

Nas contratações coletivas, as operadoras de planos privados de saúde poderão propor reajuste à sociedade empresária contratante por meio de livre negociação e, em caso de não haver acordo, essas operadoras poderão rescindir o contrato (RIZZARDO *et al.*, 1999).

A Resolução Normativa nº 389, de 26/11/2015, da ANS, estabeleceu informações contratuais obrigatórias mínimas referentes aos planos privados de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015). No entanto, embora esta norma prescreva expressamente que o público específico são os beneficiários titulares e dependentes, e pessoas jurídicas contratantes de planos privados e as administradoras de benefícios, não se pode esquecer também dos consumidores que ainda não celebraram contrato propriamente dito, mas que estão em fase negocial.

Por sua vez, essas informações mínimas contratuais na seara da saúde suplementar que estão dispostas no Anexo I da Resolução Normativa nº 389, de 2015, foram atualizadas pelo Anexo I da Resolução Normativa nº 432, de 2017 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015, 2017).

Essas informações, que são úteis não somente para os que já têm vinculação jurídica com os planos de saúde, mas também para os que desejam contratar, subdividem-se em: elegibilidade para admissão; carência; Cobertura Parcial Temporária (CPT) em caso de

doença ou lesão preexistente; rescisão pela operadora e reajuste em cada tipo de contratação dos planos privados de saúde. Tais informações foram apresentadas de acordo com cada uma dessas categorias para melhor compreensão do conteúdo mínimo obrigatório, que deverá ser divulgado pelas operadoras de planos privados de saúde em seus sites, conforme Quadros 1, 2, 3, 4 e 6.

Quadro 1 – Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras quanto às condições de elegibilidade e admissão nos planos privados de saúde

Tipos de contratação	Sujeitos elegíveis para admissão nos planos privados de saúde
Individual ou familiar	Qualquer indivíduo.
Coletivo por adesão	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.
Coletivo empresarial	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Coletivo empresarial contratado por Empresário Individual	Empresário Individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN nº 195/2009a. Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial, bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser feita anualmente, no mês de aniversário do contrato.

Fonte: Adaptação do Anexo I, da RN nº 432, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017).

Em cada tipo de contratação haverá os sujeitos elegíveis por regras próprias elaboradas pela ANS, destacando-se que nas contratações individuais e familiares são livres a qualquer pessoa física, enquanto nas coletivas haverá a intermediação de uma pessoa jurídica contratante que deverá ter vínculo com o titular do plano privado de saúde para cumprir com um dos principais requisitos normativos de elegibilidade. Isso significa que o consumidor para ser elegível precisa assumir a condição de titular do plano privado de saúde, tendo vínculo direto com a pessoa jurídica contratante ou cumprir com a condição de dependente do titular elegível do plano privado de saúde para aderir a um contrato coletivo por adesão ou empresarial. Desse modo, se o consumidor que possui elegibilidade não for admitido como titular em um contrato, não será possível admitir os seus dependentes.

Para os planos coletivos empresariais, o ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde, conforme art. 5º, § 2º, da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, da ANS. Da mesma forma, a relação dos dependentes nos contratos coletivos está prevista nos arts. 5º, inciso VII e 9º, inciso I, ambos da Resolução Normativa nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Desde que previstos contratualmente, além do grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, existem outros sujeitos elegíveis quando vinculados à pessoa jurídica contratante: os sócios, os administradores, os demitidos ou aposentados com vínculo anterior a essa pessoa jurídica, os agentes políticos, os trabalhadores temporários, os estagiários e os menores aprendizes nos termos do art. 5º, incisos I a VII, da RN nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Outrossim, é importante destacar também que o ingresso de beneficiários dependentes em contratos coletivos por adesão dependerá das condições de elegibilidade do beneficiário e da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde, conforme art. 9º, parágrafo terceiro, da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, assim como de acordo com o art. 4º, parágrafo único, da Resolução Normativa nº 196, de 14/07/2009, em observância ao art. 20 da Lei nº 8.069, de 13/07/1990 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a, 2009b; BRASIL, 1990a).

Quanto aos prazos de carência, a Lei nº 9.656, de 1998, determinou os períodos que os beneficiários de planos privados de saúde terão que esperar antes de usufruir dos bens e serviços na saúde suplementar (Quadro 2).

Quadro 2 – Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras, quanto aos prazos de carência nos planos privados de saúde

Tipos de contratação	Prazos de carência
Individual ou familiar	Até 24 horas para urgência e emergência, nos termos da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 13/1998; 180 dias para os demais casos (por exemplo, internação) e 300 dias para o parto a termo.
Coletivo por adesão	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação e a aplicação de carência quando houver segue as regras do plano individual.
Coletivo empresarial	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica em contratos com 30 ou mais indivíduos e a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.
Coletivo empresarial contratado por Empresário Individual	Pode haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.

Fonte: Adaptação do Anexo I, da RN nº 432, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017).

Cabe destacar que o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), por meio da Resolução nº 13, de 1998, restringiu o acesso às situações de urgência e emergência,

conforme a segmentação contratada nos planos privados de saúde e da existência ou não de doenças ou lesões preexistentes declaradas como de conhecimento dos beneficiários à época da contratação. Existem muitas críticas doutrinárias e jurisprudenciais nesse sentido, uma vez que a Lei nº 9.656, de 1998, não estabeleceu qualquer limitação após 24 horas de vigência contratual para as situações de urgência ou emergência, sem qualquer revogação por parte da ANS, assim que esta foi instituída como órgão regulador dos planos de saúde por meio da Lei nº 9.961, de 28/01/2000 (BRASIL, 1998, 2000; CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998).

No âmbito dessas críticas, sobressaiu o silêncio da ANS em manter a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 13, de 1998, após mais de vinte anos de existência como órgão legitimamente incumbido de regular os planos privados de saúde. Como efeito, reafirmou-se que seu poder regulamentar exorbita suas competências normativas de permitir restrições nos atendimentos de urgência e emergência após 24 horas da vigência contratual por órgão hierarquicamente incompetente – tal como o Conselho de Saúde Suplementar –, considerando que o legislador ordinário sequer previu tamanha restrição. Por derradeiro, quanto à atuação do CONSU, que foi instituído antes da criação da ANS, cabe destacar que:

Entre o advento da Lei nº 9.656/98 e a criação da ANS pela Lei nº 9.961/00, houve um período de aproximadamente dois anos em que a regulamentação do setor ficou a cargo do CONSU, que editava as resoluções aplicáveis aos planos privados de assistência à saúde. Até a ANS iniciar suas atividades, o CONSU emitiu 23 resoluções, dos mais diversos temas, sendo que algumas dessas resoluções ainda se encontram vigentes por não terem sido revogadas (expressa ou tacitamente) pela ANS (VIANNA, 2014, p. 39).

Do ponto de vista das doenças ou lesões preexistentes declaradas à época da contratação dos planos privados de saúde, há que se reconhecer que, sem a CPT, exigir-se-ia uma cobertura integral que extrapolaria o tempo de contribuição financeira necessária para que as operadoras suportassem tantas despesas com saúde advindas de um novo beneficiário recém-admitido. Isso ocorre porque um contratante com doenças ou lesões preexistentes declaradas significa estar acometido por doenças crônicas e degenerativas mais graves e dispendiosas, o que colocaria em risco a segurança de se assegurar a cobertura assistencial aos demais beneficiários mais antigos, que contribuem há mais tempo com as mensalidades dos planos privados de saúde. Desse modo, haveria um grande risco de encerramento de atividades assistenciais das operadoras em razão do comprometimento da própria sustentabilidade econômico-financeira da carteira como um todo, sem que aquele beneficiário

com doença ou lesão preexistente recém-admitido tivesse contribuído de forma satisfatória para fazer jus aos serviços de alta complexidade contratados e relacionados com todas as doenças declaradas como anteriores à contratação dos planos privados de saúde.

Assim, o próprio legislador ordinário e, por conseguinte, regulamentações infraconstitucionais posteriores, previram a existência da Cobertura Parcial Temporária (CPT) como um aludido instrumento contratual acordado entre as partes quando fossem declaradas as doenças ou lesões preexistentes pelos consumidores na contratação dos planos privados de saúde, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras quanto à Cobertura Parcial Temporária, em razão de doenças e lesões preexistentes nos planos privados de saúde

Tipos de contratação	Cobertura parcial temporária em caso de doença ou lesão preexistente
Individual ou familiar	Por até 2 anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para doenças ou lesões preexistentes.
Coletivo por adesão	Por até 2 anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para doenças ou lesões preexistentes.
Coletivo empresarial	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Coletivo empresarial contratado por Empresário Individual	Por até 2 anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para doenças ou lesões preexistentes. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.

Fonte: Adaptação do Anexo I, da RN nº 432, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017).

As doenças e lesões preexistentes compreendem todas as enfermidades e/ou patologias, as quais os contratantes ou seu representante legal saibam ser portadores ou sofrendores no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007).

A CPT não se confunde com os prazos legais exigidos de carência nos planos privados de saúde. Considerando que é vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação, cabe às operadoras oferecerem a CPT quando há declaração de conhecimento para tais doenças à época da contratação por parte dos beneficiários, além de caber a elas o ônus probatório da demonstração do conhecimento prévio do consumidor nos termos do art. 11, da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

De acordo com art. 2º, inciso II, da RN nº 162, de 17/10/2007, da ANS, a CPT consiste na suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007).

Sobre o aspecto genérico da rescisão contratual nos planos privados de saúde, as normas não são isomórficas, seja por lacunas legais, seja por inconsistências nas jurisprudências que não são hegemônicas. No que tange às rescisões contratuais, existe diferenciação por tipo de contratação nos planos privados de saúde, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras quanto à rescisão contratual nos planos privados de saúde

Tipos de contratação	Rescisão por iniciativa das operadoras
Individual ou familiar	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento da mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia de inadimplência.
Coletivo por adesão	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante ou por não pagamento da mensalidade.
Coletivo empresarial	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante ou por não pagamento da mensalidade.
Coletivo empresarial contratado por Empresário Individual	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento da mensalidade. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora de planos privados de assistência à saúde.

Fonte: Adaptação do Anexo I, da RN nº 432, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017), c/c RN nº 455, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020).

Tanto as sociedades empresárias contratantes como os beneficiários individuais de planos de saúde judicializam a rescisão unilateral de contrato coletivo de planos de saúde, por a considerarem prática que caracteriza desvantagem excessivamente onerosa para os consumidores, pois violam o princípio da boa-fé e equidade contratual, sendo tais práticas vedadas de acordo com art. 51, inciso IV, §1º, inciso III do CDC (ROBBA, 2019).

A rescisão é o desfazimento da relação contratual, que compreende tanto a modalidade do distrato quando há um ajuste bilateral das vontades para esta finalidade,

quanto a provocada por apenas uma declaração unilateral de um dos sujeitos da relação jurídica negocial (RIZZARDO *et al.*, 2018).

A teoria contratual clássica funda-se na plena liberdade negocial, sem que tenha quaisquer barreiras ou dificuldades, considerando a autonomia das vontades declaradas entre os contratantes (GOMES, 2020).

À luz dessa teoria protagonizava-se o poder que cada cidadão tinha de regular livremente seus próprios interesses a partir da consolidação de um instrumento contratual que aproximava a harmonização das vontades entre as partes contratantes e contratadas. Com o crescimento da ordem pública, a autonomia privada começa a ser restringida numa perspectiva independente das vontades plenamente livres.

Nesse rumo de ideias, o princípio da função social dos contratos, expressamente positivado no art. 421 do Código Civil de 2002, tenciona o princípio da relatividade dos efeitos dos contratos ao impor limites nas relações contratuais privadas, bem como no art. 2.035, parágrafo único desta Codificação, impõe-se que nenhuma convenção firmada entre as partes prevalecerá se contrariar preceitos de ordem pública, abrangendo tanto os fins sociais ligados à propriedade, quanto aqueles relacionados aos contratos (MATTIETTO, 2005).

Sob esse aspecto, ao passo que a função social impõe a observância de interesses extracontratuais socialmente relevantes, a boa-fé objetiva impõe o respeito a efeitos contratuais que, uma vez de conhecimento público, ensejam proteção de toda a sociedade, não se restringindo somente aos contratantes (TEPEDINO, 2015).

Nos planos coletivos, a rescisão unilateral não foi regulamentada como nos planos individuais e familiares na Lei nº 9.656, de 1998. Nos planos coletivos, a rescisão unilateral tem regras próprias previstas em contrato, mas que não necessariamente serão regidos pela noção absoluta do princípio vigente e tradicional da obrigatoriedade contratual.

Nesse contexto, o princípio da obrigatoriedade contratual (*pacta sunt servanda*) foi cotejado com o princípio do equilíbrio contratual, o qual se radica pelo princípio da igualdade previsto na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, para todas as relações jurídicas e ramos do Direito (MATTIETTO, 2005).

No propósito do equilíbrio contratual, o mais adequado para fundamentar a revisão do teor contratual anormal é o próprio desequilíbrio material e substancial das prestações obrigacionais, e não necessariamente o critério da imprevisibilidade, como previsto no art. 478, do Código Civil, de 2002, que suscitará a resolução do contrato firmado entre as partes (MATTIETTO, 2020).

Não somente os acontecimentos extraordinários, imprevisíveis e futuros ensejarão a revisão contratual, mas também existem fatos previsíveis e manifestamente desproporcionais, tais como previstos no art. 317, do Código Civil, de 2002, que apontam para relações contratuais anormais e abusivas que necessitam da busca do equilíbrio das prestações devidas das partes contratuais (MATTIETTO, 2020).

A título de ilustração do necessário equilíbrio contratual acerca dos planos de saúde coletivos, a Resolução Normativa nº 455, de 30/03/2020, anulou o parágrafo único, do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, ambas da ANS, em cumprimento à determinação judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020).

O parágrafo único do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, previa que os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial poderiam ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

A Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, com decisão válida em todo o território nacional, proferida pela 18ª Vara do Tribunal Regional Federal do Rio de Janeiro – 2ª Região –, foi movida pela autarquia responsável pelo Programa de Proteção e Defesa do Consumidor Estadual do Rio de Janeiro (PROCON-RJ) contra a ANS, em 2013. Isso teve como objetivo a possibilidade assegurada aos consumidores de rescindirem os contratos de planos de saúde coletivos, por adesão ou empresarial, sem precisarem cumprir um período de fidelidade de 12 meses, permitindo-se a livre busca de um plano mais vantajoso ofertado no mercado e sem terem que pagar duas mensalidades extras (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2019).

Ocorre que, na prática, o parágrafo único, do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, da ANS, antes de ser anulado pelo Poder Judiciário, favorecia em duplicidade as operadoras de planos privados de assistência à saúde. Preliminarmente, porque a maior vantagem manifestamente desproporcional auferida ao mercado justificava-se em razão de os consumidores de planos de saúde coletivos, após cumprirem os períodos legais fixados de carência de seis meses para internações hospitalares, dispunham somente de mais seis meses de uso para que completassem o período de 12 meses. Após completo tal período, nos termos da referida norma criada pela ANS, os consumidores poderiam ter seus contratos rescindidos imotivadamente por iniciativa das operadoras de planos de saúde. O cenário anterior à anulação desse dispositivo normativo especial pelo Poder Judiciário era altamente vantajoso e

lucrativo para o mercado de planos privados de saúde, considerando que as operadoras enriqueciam com o pagamento pelo tempo de seis meses do cumprimento da carência sem o uso dos serviços contratados pelos consumidores e, após os seis meses restantes, completando-se o período mínimo de doze meses, havia permissão legal para que houvesse rescisão imotivada por iniciativa das próprias operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Uma segunda vantagem manifestamente desproporcional contrarreflexa à primeira vantagem anteriormente citada quando da vigência do parágrafo único do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14/07/2009, da ANS, era de fato a fidelidade compulsória dos consumidores aos planos coletivos, sustentada em juízo pelo PROCON-RJ, visto que se partisse deles a iniciativa de rescindirem os contratos coletivos com as operadoras de planos de saúde, eles deveriam esperar doze meses para poderem rescindir o contrato sem pagamento de multas, mitigando-se a necessária simetria e equilíbrio contratual entre as partes.

Dessa forma, as rescisões contratuais em planos coletivos são totalmente previstas pelos instrumentos contratuais pactuados, sem que haja um limite normativo mínimo de permanência para se exercer a rescisão contratual unilateral, tanto por iniciativa do mercado, quanto por iniciativa dos consumidores, conforme Quadro 4 (f. 68).

Por sua vez, o dispositivo anulado como resultado da decisão judicial na Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01 não foi suficiente para atualizar todos os normativos especiais da ANS, considerando que o Anexo I da Resolução Normativa nº 432, de 2017 prevê ainda que as operadoras de planos privados de saúde possam rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses de vigência desde que tenha previsão contratual e quando forem contratantes de planos coletivos – empresariais ou por adesão (Quadro 5, a seguir).

A fidelização contratual de 12 meses exigida aos contratantes de planos coletivos antes de solicitar a rescisão unilateral imotivada estava prevista no parágrafo único, do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14.07.2009, tendo sido anulado pela Resolução Normativa nº 455, de 30/03/2020 por força da decisão judicial em referência. No entanto, o Anexo I da Resolução Normativa nº 432, de 2017 não foi atualizado uniformemente em todos os endereços eletrônicos normativos da ANS (Quadro 5, a seguir), deixando a critério das operadoras de planos de saúde restabelecerem o tempo mínimo de permanência contratual de 12 meses para que os contratantes de planos coletivos e Empresários Individuais tenham seus contratos rescindidos unilateral e imotivadamente por vontade do mercado de planos de saúde.

Quadro 5 – Rescisão contratual unilateral pelas operadoras de planos privados de saúde por tipo de contratação com permanência de dispositivo anulado judicialmente na forma do parágrafo único, do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14.07.2009 e que prevê rescisão imotivada por vontade do mercado após 12 meses de vigência contratual

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial	Plano Coletivo contratado Individual	Empresarial Empresário
Rescisão pela operadora	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência ao aniversário do contrato. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora.	

Fonte: Adaptado do Anexo I da Resolução Normativa nº 432 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017) – (grifos da autora).

Não obstante, essa livre disposição contratual para rescisões nos planos coletivos não significa que as onerosidades excessivas e abusos possam ser cometidos, pois a função social dos contratos preside as relações jurídicas privadas de consumo como norma imperativa de ordem pública desde o Código Civil, de 2002 (BRASIL, 2002).

Além do Código Civil, de 2002, o CDC, de 1990, também trouxe maior proteção às relações de consumo, subsidiando as lacunas normativas da Lei nº 9.656, de 1998, quanto às rescisões unilaterais e reajustes nos contratos coletivos de planos privados de saúde, bem

como existe farta jurisprudência nessa seara favorável aos consumidores, sobretudo em relação à continuidade assistencial que não faça perecer o direito contratual à saúde suplementar implícito à dignidade da pessoa humana, bem como seu direito de viver.

Além da problemática das rescisões contratuais unilaterais, a maior polêmica que orbita em relação aos planos privados de saúde está na discussão do reajuste por mudança de faixa etária, que compreende o aumento da contraprestação pecuniária em razão do avançar da idade dos consumidores. Nesse aspecto, a questão nodal que arrefece a previsão estabelecida pela Lei nº 9.656, de 1998, para o reajuste por mudança de faixa etária reside no § 3º, do art. 15, do Estatuto do Idoso, o qual veda a sua discriminação a partir de cobrança de valores diferenciados em razão da idade (VIANNA, 2014).

Os consumidores que tiverem a idade de 60 anos ou mais são idosos nos termos do art. 15, §3º, da Lei nº 10.741, de 1º/10/2003 (Estatuto do Idoso), sendo realmente vedado o aumento nos preços dos planos privados de saúde por mudança de faixa etária (RODRIGUES, 2008).

A variação das mensalidades por mudança de faixa etária requer a solidariedade no custeio do sistema suplementar de saúde, em que se exige um subsídio maior dos mais jovens em relação aos mais idosos, os quais demandam tanto quantidades maiores de atendimentos médicos quanto diferentes tipos de serviços (STIVALI, 2011).

Por sua vez, essa solidariedade abrange o pacto intergeracional entre as diferentes faixas etárias nos planos privados de saúde. Trata-se de uma regra atuarial e seguradora de riscos, onde se compõe um sistema mutual na saúde privada. Por esse sistema, a população mais jovem, com menor incidência de riscos à saúde, custeia parte da maior utilização de bens e serviços na saúde suplementar feita pelos idosos a fim de gerar equilíbrio compatível com os diferentes perfis de necessidades humanas (CUNHA FILHO; OLIVEIRA; CARVALHO, 2018).

Nesse cenário, para indignação da população idosa brasileira a considerar o auge do descontrole epidemiológico da pandemia do coronavírus e todas as limitações metabólicas e comorbidades típicas do envelhecimento humano agravadas nesse contexto mórbido letal, tramita o Projeto de Lei (PL) nº 5.383/2019, de autoria do deputado federal João Campos, do Partido Republicanos de Goiás, que propõe alteração no Estatuto do Idoso, no qual se objetiva redefinir o marco etário de 60 para 65 anos para ser considerado idoso (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019).

De acordo com os dados revisados, em 2018, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são cerca de 30,2 milhões de pessoas idosas, cuja esperança de vida ao

nascer é em média, 75,4 anos para homens e 78,2 para mulheres, e a faixa etária que mais cresce é a de maior ou igual a 80 anos como projeção para o período de 2000 a 2030 (MENDONÇA *et al.*, 2021).

Nos últimos 40 anos, houve mudança na estrutura etária do Brasil, invertendo-se o cenário em que as crianças e os mais jovens eram a maioria da população para um cenário em que a maioria se tornou a população economicamente ativa, destacando-se que os idosos integram a maior parte da população coberta por planos privados de saúde (STIVALI, 2011).

A perspectiva de se aumentar a faixa etária para ser considerado idoso no âmbito legal está, na verdade, em consonância com a Reforma da Previdência, recentemente aprovada no Governo Federal do Presidente Jair Bolsonaro, que aumentou a idade mínima para se aposentar, bem como de forma legislativa reflexa busca-se contemplar o aumento nos preços das mensalidades pelo mercado dos planos privados de saúde por meio da ampliação etária no Estatuto do Idoso.

Um dos argumentos principais do PL nº 5.383/2019 foi o aumento da expectativa de vida ao nascer e a harmonização legislativa com dispositivos legais, como a Lei nº 11.482, de 2007, que, a título de exemplo, só concede a isenção de imposto de renda aos aposentados e pensionistas com mais de 65 anos de idade; disposições normativas etárias diferentes, as quais conferem assistência social e gratuidade nos transportes coletivos públicos também a partir de 65 anos, nos termos dos arts. 34 e 39 do próprio Estatuto do Idoso, da reforma da previdência etc. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019).

Não obstante, caso o PL nº 5.383/2019 seja aprovado serão mais cinco anos que o mercado de planos de saúde terá para livremente aplicar o reajuste nos preços das mensalidades sem as restrições advindas do art. 15, §3º, da Lei nº 10.741, de 01/10/2003 (BRASIL, 2003), que considera como idosa a pessoa a partir de 60 anos de idade, dando azo à permissão legal da Lei nº 9.656, de 1998, que prevê o reajuste nos preços dos planos privados de saúde por mudança de faixa etária, condicionada à autorização da ANS.

Nessas circunstâncias de iminente mudança legislativa do Estatuto do Idoso, não se favorece a população senil por retardar por mais cinco anos a fruição dos benefícios sociais conquistados como prerrogativas constitucionais relevantes dos Direitos Fundamentais. Um desses benefícios sociais conquistados pelo Estatuto do Idoso foi justamente a proibição da variação da mensalidade nos planos privados de saúde a partir de 60 anos de idade, e não a partir de 65 anos como se pretende com a aprovação do PL nº 5.383/2019. Cabe, portanto, perquirir causas de natureza histórica nessa seara de injustiça social com os idosos, que, além de serem vulneráveis, são hipossuficientes em razão da idade:

[...] no século XX e até o golpe militar de 1964, o Brasil viveu sob uma democracia pluralista durante menos de 18 anos, período curto em extremo para o desenvolvimento de um sistema de partidos políticos fortes, programáticos, enraizados na sociedade e aptos a desempenhar seu papel histórico de canalizadores de demandas societárias e promotores de políticas públicas de interesse geral. Sob os diversos autoritarismos que sufocaram o florescimento da democracia, não somente as esquerdas foram mutiladas como as lideranças políticas, patronais e sindicais foram cooptadas em troca de benesses e privilégios, preservando-se, assim, o viés de uma cultura política autoritária e clientelista. Não somente a legislação relativa à escolha de representantes para o Congresso Nacional favorece os Estados menores e mais atrasados, como as regras do jogo eleitoral foram e ainda são casuísticas dado que mudam a cada novo pleito para atender interesses do momento (LABRA, 2005, p. 357-358).

Com a referida análise do PL nº 5.383/2019, chama a atenção que não há qualquer dado ou estudo técnico que corrobore que o aumento da expectativa de vida ao nascer tenha relação direta com o aumento da qualidade de vida da população idosa. Por conseguinte, os idosos também não têm condições de arcar com aumentos exorbitantes nos planos privados de saúde pela maior debilidade física natural da idade e queda orçamentária de sua inatividade econômica laboral. Quanto à harmonização legislativa diversa utilizada como fundamento do PL nº 5.383/2019 para alterar a idade do idoso de 60 para 65 anos, esta também não merece prosperar, porque o impacto dessa mudança não foi sequer avaliado de forma prognóstica.

A partir de 05/06/1998, em relação aos contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998, para qualquer variação na contraprestação pecuniária para os consumidores que têm 60 anos ou mais de idade está sujeita à autorização prévia da ANS, de acordo com art. 35-E, da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

Ainda que se perceba uma preocupação do legislador ordinário com os contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998, conforme o disposto no art. 35-E ao introduzir regras nesta nova lei quanto à mudança de preço por faixa etária, não há como deixar de reconhecer que o artigo 1º e o § 3º do art. 15, do Estatuto do Idoso, trazem maior segurança jurídica quando definem que é vedado o reajuste na mensalidade dos planos privados de saúde a partir de 60 anos, independentemente de autorização da ANS e vigência contratual nos contratos de planos privados de saúde.

Nessa celeuma existem ainda decisões judiciais que aplicam a nova regulamentação trazida pela Lei nº 9.656, de 1998, aos contratos de planos de saúde anteriores a esse marco legal, especialmente quanto à incorporação de novas coberturas assistenciais na saúde, porquanto existem outras que não adotam a nova legislação (VIANNA, 2014).

Os contratos novos de planos privados de saúde compreendem os celebrados a partir de 02/01/1999 e devem estar em conformidade com as regras fixadas pela Lei nº 9.656, de

1998, ressaltando-se ainda que o art. 35 deste mandamento legal permite que os contratos antigos sejam adaptados, conforme a faculdade dos consumidores (GREGORI, 2011).

Como ressaltado anteriormente, o reajuste por mudança de faixa etária ocorre em função da variação da idade do beneficiário e somente pode ser aplicado nas faixas autorizadas, onde o contrato de plano privado de saúde deve prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. As faixas etárias que serão submetidas à correção variam, conforme a data de contratação, sendo que os percentuais de variação precisam estar expressos nos instrumentos contratuais (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).

Desse modo, os reajustes por mudança de faixa etária ocorrem de acordo com previsão contratual em todos os tipos de contratação, conforme Quadro 6.

Quadro 6 – Conteúdo mínimo obrigatório para divulgação pelas operadoras, quanto ao reajuste nos preços dos planos privados de saúde

Tipos de contratação	Reajuste
Individual ou familiar	O reajuste anual é limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos, o índice deve estar estabelecido no contrato. O índice do reajuste por mudança de faixa etária ocorre em todos os tipos de contratação, conforme previsto em contrato.
Coletivo por adesão	O reajuste é negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato. O reajuste é único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. O índice do reajuste por mudança de faixa etária ocorre em todos os tipos de contratação, conforme previsto em contrato.
Coletivo empresarial	O reajuste é negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato. O reajuste é único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. O índice do reajuste por mudança de faixa etária ocorre em todos os tipos de contratação, conforme previsto em contrato.
Coletivo empresarial contratado por Empresário Individual	O reajuste é único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, o reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas em contrato. O índice do reajuste por mudança de faixa etária ocorre em todos os tipos de contratação, conforme previsto em contrato.

Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: Adaptação do Anexo I, da RN nº 432, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017).

Por sua vez, as regras para aplicação do reajuste nos planos privados de saúde são diferentes, dependendo do tipo de contratação. No caso das contratações individuais e familiares, a aplicação da cláusula de reajuste pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde está condicionada à prévia autorização pela ANS, de acordo com o § 2º, do art. 35-E, da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

Observa-se, portanto, que tanto as rescisões unilaterais como os reajustes nas contraprestações pecuniárias por iniciativa das operadoras de planos privados de saúde são

mais reguladas nas contratações individuais e familiares, diferentemente do que ocorre nos planos coletivos.

Nos contratos de planos de saúde coletivos com 30 ou mais beneficiários, a regra do reajuste é estabelecida a partir da previsão contratual e negociação decorrente da relação comercial firmada entre a sociedade empresária contratante e a operadora de plano privado de assistência à saúde contratada (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).

Nos contratos de planos de saúde coletivos com até 29 beneficiários, a regra adotada pela ANS é o agrupamento de contratos. Por meio dessa regra, esses contratos coletivos delimitados preveem que até 29 beneficiários de uma mesma operadora de plano privado de assistência à saúde devem receber o mesmo percentual de reajuste anual, a fim de diluir os riscos contratuais e dispor de maior equilíbrio no cálculo do reajuste (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).

Existe ainda o reajuste por sinistralidade, resultado da liberdade negocial típica dos contratos coletivos empresariais. É possível que se aplique tal reajuste a partir de um cálculo da variação de custos a cada doze meses, de tal modo que compensaria tal medida em detrimento ao percentual fixo determinado pela ANS apenas para os planos individuais e familiares (BODRA, 2013).

Como efeito, o reajuste por sinistralidade possibilita o aumento na mensalidade, considerando o aumento das despesas pelos usuários nos planos privados de saúde em determinado período, tais como: cirurgias, doenças e tratamentos (SILVEIRA, 2009).

Nesse contexto, quando há conflitos envolvendo a questão do reajuste e outras causas, o Poder Judiciário tem atribuído ao CDC o instituto normativo mais adequado para intervenção entre usuários e operadoras de planos de saúde, tal como se verifica no STJ, sobretudo, em relação às cláusulas e práticas abusivas (TRETTEL, 2010).

Inúmeras entidades de defesa do consumidor e estudiosos do Direito justificam que o reajuste por sinistralidade aplicado pelas operadoras de planos privados de saúde viola os direitos dos consumidores, os quais não dispõem das informações referentes à avaliação dos sinistros, de conhecimento restrito das operadoras. Essa situação retrataria uma onerosidade excessiva, violando o art. 16, inciso XI, da Lei nº 9.656, de 1998, e o art. 51, incisos IV, X e XV, da Lei nº 8.078, de 1990 (SILVEIRA, 2009).

Nesse sentido, a Lei de Planos de Saúde exige que os critérios de reajustes sejam informados com clareza, da mesma forma que a revisão das contraprestações pecuniárias, independentemente do tipo da contratação que se firma com o consumidor. Qualquer medida

contrária à referida Lei macula o dever de lealdade entre as partes e gera vantagens excessivas para as operadoras de planos privados de saúde.

Com o intuito de coibir essas e outras abusividades, a Lei nº 8.078, de 1990 (CDC), prevê que as cláusulas contratuais podem se tornar nulas de pleno direito quanto ao fornecimento de produtos e serviços que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, e que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, quando incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; que permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação dos preços de forma unilateral e que estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor (BRASIL, 1990b).

Todas as características dos reajustes, como um dos elementos integrantes do conteúdo mínimo obrigatório a ser disposto pelas operadoras de planos privados de saúde nas redes sociais estão apresentadas no Quadro 6 (f. 76).

Por todo o exposto, todas as informações relacionadas aos tipos de contratação no que tange às condições de elegibilidade dos consumidores que desejam contratar planos de saúde, prazos de carência, CPT, rescisão contratual e reajuste nas mensalidades devem estar claramente dispostas nos portais abertos do mercado de planos privados de saúde por exigência normativa tanto da ANS como do CDC, incluindo todas as fases da contratação.

Na fase negocial preliminar da contratação de plano de saúde, o público busca o portal aberto da internet para localizar as informações que lhe sejam úteis para contratar ou mudar de plano privado de saúde por meio da portabilidade de carências.

A disposição das informações obrigatórias dos planos de saúde é de acesso restrito a quem já é usuário das operadoras como ocorre em área específica e restrita, através do portal da operadora na internet, de acordo com art. 1º, incisos I e II, da Resolução Normativa nº 389, de 26/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015). Nesse sentido, o consumidor que busca a contratação de plano de saúde ou mudança para um novo plano fará uso dos canais abertos de busca pelas redes sociais: site das operadoras, Serviços de Atendimento aos Clientes (SAC), YouTube, Instagram, Facebook, LinkedIn ou chats on-line de serviços de corretagem, dentre outros, ou mesmo o comparecimento presencial nos balcões de atendimento dos representantes das operadoras de planos privados de saúde.

Não obstante, há que se observar não somente as cláusulas contratuais escritas, pré-redigidas unilateralmente pela sociedade empresária, mas também a fase pré-contratual, a qual compreende a oferta, as publicidades veiculadas e todas as informações prestadas que venham a se tornar fontes dos instrumentos contratuais (SILVEIRA, 2009).

Ocorre que muitas publicidades no segmento privado da saúde geram nos consumidores a expectativa de que a prestação da assistência médica ou odontológica será completa e integral, frustrando não somente a confiança desses consumidores, como também o direito legítimo deles de receber informações contratuais claras e verdadeiras (SILVEIRA, 2009).

Existem muitas publicidades enganosas que não oferecem todas as informações necessárias para a contratação consciente pelos consumidores de planos de saúde, o que torna a ética um preceito importante da comercialização como um verdadeiro diferencial na qualificação negocial. O que deve preponderar é o valor consolidado na missão de cada operadora a fim de atuar conforme as boas práticas e condutas probas exigidas pelo órgão regulador, com o cuidado de proteger a credibilidade e a confiança recíprocas.

4.3 As Operadoras de Planos Privados de Saúde nas Redes Sociais: Resultados e Discussão

Como o acesso à plataforma personalizada on-line das operadoras de planos privados de saúde é restrito ao público contratante interno, pretendeu-se investigar as formas virtuais convencionais de convencimento adotadas pelo mercado a partir das publicidades operacionais estratégicas mais usuais nas redes sociais.

De acordo com o art. 18, da Resolução Normativa nº 389, de 2015, da ANS, as operadoras são obrigadas a disponibilizar, na área aberta de seu portal na internet, as informações mínimas acerca dos diferentes tipos de contratação de plano privado de saúde, conforme o Anexo I desta norma, sem prejuízo do disposto nos demais normativos regulatórios e atualizações posteriores. Além de outros instrumentos de orientação que devem ser fornecidos aos consumidores, o Anexo I, da Resolução Normativa nº 389, de 2015, foi alterado pelo Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS. As operadoras pesquisadas foram apresentadas no Quadro 7, a seguir.

Quadro 7 – Apresentação das operadoras de planos privados de assistência à saúde por CNPJ, com registro ativo na ANS e por modalidade nas redes sociais - Rio de Janeiro - 2021

RAZÃO SOCIAL	CNPJ	REGISTRO ANS	MODALIDADE	SITE
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	44.649.812/0001-38	35901-7	Medicina de Grupo	www.saudenotredame.com.br
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	29.309.127/0001-79	32630-5	Medicina de Grupo	www.amil.com.br
Vision Med Assistência Médica Ltda.	01.518.211/0001-83	40391-1	Medicina de Grupo	www.goldencross.com.br
Omint Serviços de Saúde Ltda.	44.673.382/0001-90	35966-1	Medicina de Grupo	www.omint.com.br
Biovida Saúde Ltda.	04.299.138/0001-94	41511-1	Medicina de Grupo	www.biovidasaude.com.br
Sul América Companhia de Seguro Saúde	01.685.053/0001-56	00624-6	Seguradora Especializada em Saúde	www.sulamerica.com.br
Bradesco Saúde S.A.	92.693.118/0001-60	00571-1	Seguradora Especializada em Saúde	www.bradesco.com.br
Sompo Saúde Seguros S.A.	47.184.510/0001-20	00047-7	Seguradora Especializada em saúde	www.sompo.com.br
Unimed Seguros Saúde S.A.	04.487.255/0001-81	00070-1	Seguradora Especializada em Saúde	www.segurosunimed.com.br
Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A.	13.223.975/0001-20	41807-2	Seguradora Especializada em saúde	www.caixaseguradora.com.br

Legenda: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: A autora, 2021.

As medicinas de grupo são os antigos convênios médico-hospitalares que, inicialmente, destinavam-se a suprir as necessidades dos empregados por meio de contratos coletivos com as instituições empregadoras, sendo as modalidades precursoras da medicina pré-paga. São constituídas por entes privados, possuindo finalidade lucrativa, responsáveis por prestar cobertura assistencial médico-hospitalar ou odontológica, mediante pagamento, existindo tanto nas contratações individuais e familiares quanto nas coletivas, com ou sem patrocínio, pelas quais os serviços podem ser disponibilizados, seja por rede exclusivamente própria, seja por rede credenciada ou uma conjunção de ambas (SAMPAIO, 2010).

As seguradoras especializadas em saúde são as sociedades que operam, exclusivamente, os seguros-saúde, sendo vedada atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. Foram instituídas originalmente pelo Decreto-Lei nº 73, de 1966, para cobertura financeira exclusiva de riscos assistenciais na saúde, porém, atualmente, oferecem cobertura assistencial na saúde suplementar a partir de acordos e convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares mediante uma rede referenciada de livre escolha, estando contempladas no art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656, de 1998 (SAMPAIO, 2010).

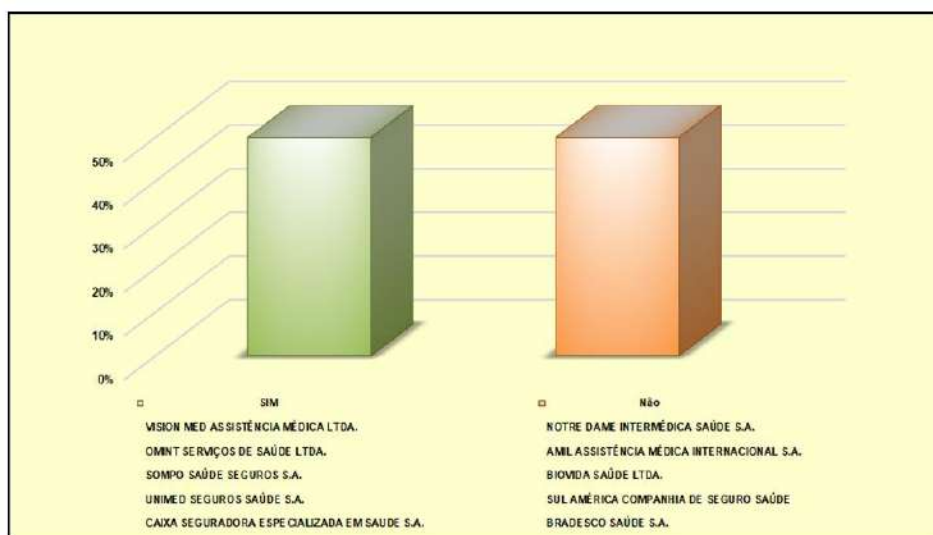
O Decreto-Lei nº 73, de 1966, dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e estabelece outras providências. Instituiu-se a partir dele o seguro-saúde, que tem como objetivo oferecer cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar. Este seguro-saúde prevê o pagamento em dinheiro, efetuado pela

sociedade seguradora, à pessoa física ou jurídica prestadora da assistência médico-hospitalar ao segurado (BRASIL, 1966).

Tanto as medicinas de grupo como as seguradoras especializadas em saúde têm grande poder de mercado pelo envolvimento dos inúmeros agentes econômicos, como a quantidade notável de beneficiários de suas carteiras.

De acordo com a pesquisa realizada na internet de janeiro/2021 a março/2021, das 10 operadoras descritas no Quadro 7, 50% apresentaram vácuos de informações em relação às peculiaridades dos tipos de contratação nos planos privados de saúde, prescindindo de explicar, principalmente, os diferenciais quanto às rescisões contratuais e reajustes dos preços, deixando de atender por simetria as informações mínimas contratuais nos portais abertos das redes sociais previstas na Resolução Normativa nº 389, de 26/11/2015, da ANS, e suas atualizações posteriores (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015) e art. 14, do CDC (BRASIL, 1990b).

Gráfico 5 – Divulgação do conteúdo normativo mínimo obrigatório da saúde suplementar disciplinado no Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS, e atualizações posteriores



Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: Adaptado de Amil Assistência Médica Internacional S.A. (2021), Biovida Saúde Ltda. (2021), Bradesco Saúde S.A. (2021), Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A. (2021), Omint Serviços de Saúde Ltda. (2021), Notre Dame Intermédica Saúde S.A. (2021), Sompo Saúde Seguros S.A. (2021), Sul América Companhia de Seguro Saúde (2021a) e Unimed Seguros Saúde S.A. (2021).

No Gráfico 5, foi constatado que 50% das operadoras de planos privados de assistência à saúde pesquisadas divulgaram os conteúdos normativos mínimos obrigatórios

disciplinados no Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS, em seus respectivos portais abertos das redes sociais (Figuras 3, 4, 5, 6 e 7) e 50% não divulgaram os referidos conteúdos da regulamentação setorial (Figuras 8, 9, 10, 11 e 12), correspondentes ao mercado de planos privados de saúde.

Os anúncios publicitários das operadoras de planos privados de saúde que deixaram de informar todos os riscos inerentes à contratação coletiva desequilibram as relações de consumo, em razão da violação do dever de informação desde a fase pré-contratual implícito ao princípio da boa-fé objetiva, quanto à lealdade e à confiança recíprocas.

À exceção das operadoras Vision Med Assistência Médica Ltda. (Golden Cross) (Figura 3), Omint Serviços de Saúde Ltda. (Figura 4), Sompó Saúde Seguros S.A. (Figura 5), Unimed Seguros Saúde S.A. (Figura 6) e Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A. (Figura 7), as demais operadoras pesquisadas foram: Notre Dame Intermédica Saúde S.A. (Figura 8), Amil Assistência Médica Internacional (Figura 9), Biovida Saúde Ltda. (Figura 10), Sul América Companhia de Seguro Saúde (Figura 11) e a Bradesco Saúde S.A. (Figura 12). Essas cinco últimas operadoras não fizeram referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório acerca dos tipos de contratação exigido pelo Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017) - (Figuras 8, 9, 10, 11 e 12).

Figura 3 – Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Vision Med Assistência Médica Ltda. (Golden Cross)



Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., 2021. (grifos da autora)

Figura 4 – Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Omint Serviços de Saúde Ltda.



TIPOS DE CONTRATAÇÃO

Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória.

Veja as particularidades de cada tipo:

Plano Individual ou Familiar Modalidade não comercializada pela Omint.	Plano Coletivo por Adesão Modalidade não comercializada pela Omint.	Plano Coletivo Empresarial Em comercialização para empresas com no mínimo 2 titulares e 4 vidas.	Plano Coletivo Empresarial Contratado Empresário Individual Em comercialização para Empresários Individuais com no mínimo 1 título.
Quem pode ingressar?	Quem pode ingressar?	Quem pode ingressar?	Quem pode ingressar?
Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.	Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 195, de 2015. Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato.

ANS - n.º 35966-1

Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA., 2021. (grifos da autora)

Figura 5 – Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Sompo Saúde Seguros S.A.

A SOMPO SAÚDE APOIA O PARTO ADEQUADO

REAJUSTE PME 03 A 29 VIDAS

DOCUMENTOS ANS

[Manual de orientação para contratação de plano de Saúde](#)

[Novo Rol de Procedimentos e eventos em Saúde](#)

[Anexo da Resolução Normativa n. 389/2015, atualizado pela RN n. 432/2017 – Informações sobre tipos de contratação](#)

[Cancelamento ou Exclusão de Contrato](#)

[Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018 Completo](#)

[Diretrizes de Utilização – DUT – para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar](#)

[Diretrizes Clínicas \(DC\)](#)

[Protocolo de Utilização \(PROUT\) – Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes \(colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina\)](#)

[Portabilidade](#)

[Resultado IDSS 2018](#) – Para mais informações, [clique aqui e acesse o site da ANS](#).

[Resultado IDSS 2019](#) – Para mais informações, [clique aqui e acesse o site da ANS](#).

ANS - n.º 000477



Agência Nacional de Saúde Suplementar
E-SOLUT - ANS - TUBO 2019/2020

Fonte: SOMPO SAÚDE SEGUROS S.A., 2021. (grifos da autora)

Figura 6 – Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Unimed Seguros Saúde S.A.



Resoluções Normativas

Novas Regras para planos coletivos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio das Resoluções Normativas – RN nº 195/200/204, definiu novas regras para planos coletivos, que determinaram alterações para os contratos empresariais de assistência à saúde, vigentes após a Lei nº 9.656 de 1998.

Legislação

- [Resolução Normativa nº 195](#)
- [Resolução Normativa nº 200](#)
- [Resolução Normativa nº 204](#)
- [Resolução Normativa nº 279](#)
- [Resolução Normativa nº 287](#)
- [Resolução Normativa nº 309](#)
- [Resolução Normativa nº 389](#)
- [Resolução Normativa nº 342 anexo I](#)
- [Resolução Normativa nº 323](#)
- [Resolução Normativa nº 395](#)
- [Resolução Normativa nº 432](#)

As principais alterações são relacionadas ao Regime de Contratação, Critério de Elegibilidade dos Beneficiários Titulares e Dependentes, aplicação de Carências e Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, Cancelamento do Contrato e Periodicidade dos Reajustes.

As referidas Resoluções Normativas entraram em vigor a partir de 3 de novembro de 2009. Sendo assim, todos os contratos precisam ser adaptados no que tange à elegibilidade de novos segurados. E posteriormente, no aniversário de cada contrato serão propostas as adaptações de outros dispositivos contratuais.

Orientações para Contratação – ANS

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é um instrumento destinado a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos ou seguros de saúde, como por exemplo, segmentação assistencial, abrangência geográfica, área de atuação, carência, cobertura parcial temporariamente, reajuste e vigência.

Disponibilizamos o:

<https://www.segurosunimed.com.br/resolucoes-normativas>
01/03/2021

Resoluções Normativas | Seguros Unimed - Cuidar para Transformar
Page 2 of 3

Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A., 2021. (grifos da autora)

Figura 7 – Referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A.

Resolução Normativa - RN Nº 389, de 26 de novembro de 2015

Caso você não consiga visualizar o arquivo em PDF, faça o download do [adobe acrobat reader](#) [ans](#).

Programa de Qualificação de Operadoras - PQO

O Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) é uma iniciativa desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para avaliação anual do desempenho das operadoras de planos de saúde. Os resultados da avaliação das operadoras são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões, que é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.

[Ver resultados](#)

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar **ANS - Nº 41.607-2**

Chat
 Você só clique para falar a vontade com a gente.

[Fale Conosco](#)

Central de Serviços e Rotacionamento

3004-4000 Captação e registro de novos clientes, com o intuito de uma ligação inicial.

0800 702 4000 Respostas rápidas de dúvidas e ligação de gratuidade.

Whatsapp

61 2180 2000 Atendimento de segunda a sexta das 08h às 17h e aos sábados, das 09h às 15h.

Não há atendimento em feriados nacionais.

Assistência Dia & Noite e Sinistros

0800 702 2492 Minimize sua dor e a dor da sua família. Precisa? É só ligar.

SAC - Sugestões, dúvidas, reclamações e cancelamento

0800 702 4200 Solicite sugestões, dúvidas, reclamações e cancelamentos.

CAS - Canal de Atendimento ao Surdo

0800 702 4260 Faça a chamada a partir de um aparelho adaptado com legendagem eletrônica.

Ouvidoria

Sugestões, elogios, reclamações e reclamações de regularidade de serviços, das 08h às 17h, exceto em feriados nacionais.

0800 702 4240

Queremos melhorar a segurança de todos. Contato e acompanhamento, nossos serviços estão trabalhando em cima. Por isso, pedimos que você utilize preferencialmente nossos canais digitais para atendimento. Acesse agora [Abrir experiência de Ouvidoria](#)

Para cada necessidade, um telefone. Clientes residentes no exterior, plano de saúde e adoção. Clique aqui.

CAIXA seguradora

Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: CAIXA SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE S.A., 2021. (grifos da autora)

Em relação às operadoras que não fizeram referência ao conteúdo normativo obrigatório da ANS nos portais abertos da seção de vendas acerca das diferenças e características das contratações nos planos privados de saúde (Figuras 8, 9, 10, 11 e 12), não

há divulgação de todas as advertências e precauções necessárias para maior conscientização da prática de contratação, predominando um conteúdo publicitário omisso. Esse conteúdo omisso encobre finalidades escusas com grande potencial enganoso contra os consumidores, os quais desconhecem todas as características dos produtos e serviços disponibilizados pela internet ou mesmo presencialmente.

Figura 8 – Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Notre Dame Intermédica Saúde S.A.

https://www.intermedicanotredameplanos.com.br/intermedica-individual/	01/03/2021
Plano Intermédica Individual com 50% Desconto Plano de Saúde	Page 8 of 11



Cuidar da sua saúde ficou mais fácil: chegou o novo aplicativo do Grupo NotreDame Intermédica

GNDI easy

Sua saúde na sua mão

App Store Google Play

Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
Fonte: NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A., 2021.

Nesse cenário de contratação de planos de saúde pela internet, muitas operadoras sequer informam o número do registro dos planos que comercializam (Figuras 8, 9, 10, 11 e 12). Isso acaba dificultando pesquisas mais aprofundadas e selecionadas de forma meticulosa.

Figura 9 – Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Amil Assistência Médica Internacional S.A.



Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., 2021.

A descrição dos planos privados de saúde é feita por imagens humanas de alta resolução, que passam sempre a ideia de bem-estar, porém, repletas de informações insuficientes e padronizadas. Algumas publicidades apresentam desenhos que não oferecem certeza e clareza sobre o que está sendo disponibilizado de fato, fazendo referência quase sempre ao gênero da contratação dos planos de saúde (Figuras 8, 9, 11 e 12). Dessa maneira, a disponibilização dos produtos e serviços, sem contemplar todas as advertências da contratação de planos de saúde coletivos, causa temeridade e insegurança jurídica no sistema legal de proteção aos consumidores.

Figura 10 – Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Biovida Saúde Ltda.

IDSS http://biovidasaude.com.br/2020/06/20/resolucao-normativa-de-qualificacao-de-operadoras/ Programa de Qualificação de Operadoras http://biovidasaude.com.br/2020/06/20/programa-de-qualificacao-de-operadoras/ 30 de junho de 2021 - Respostas ANS http://biovidasaude.com.br/biblioteca/normativas-idss/ Desempenho da Biovida Saúde IDSS - TISS Baixa CONTINUIDADE LENDO + http://www.primordiossaude.com.br/2020/06/20/resolucao-normativa-de-qualificacao-de-operadoras/	DEMITIDOS E APOSENTADOS http://biovidasaude.com.br/2020/06/20/resolucao-normativa-rn-no-279-2/ Resolução Normativa – RN N° 279 http://biovidasaude.com.br/2020/06/20/resolucao-normativa-rn-no-279-2/ 30 de junho de 2021 - Respostas ANS http://biovidasaude.com.br/biblioteca/normativas-idss/ Resolução Normativa ANS Demitidos e Aposentados Baixa CONTINUIDADE LENDO + http://www.primordiossaude.com.br/2020/06/20/resolucao-normativa-rn-no-279-2/	http://biovidasaude.com.br/category/via-beneficiarios/ Prazo de Entrega http://biovidasaude.com.br/category/prazo-de-entrega/ Normativas ANS http://biovidasaude.com.br/category/normativas-ans/ Biovidas http://biovidasaude.com.br/category/biovidas/ Sua Categoria http://biovidasaude.com.br/category/sua-categoria/ SIGA A GENTE NAS REDES SOCIAIS f https://www.facebook.com/biovidasaude/ t https://www.twitter.com/biovidasaude/ in https://www.linkedin.com/company/biovida-saude/ ig https://www.instagram.com/biovidasaude/ yt https://www.youtube.com/channel/UCjzUgZlHmLWjicnIhrl
POOL DE RISCO http://biovidasaude.com.br/2020/06/03/resolucao-normativa-rn-no-279/ Maior 2020 http://biovidasaude.com.br/2020/06/03/resolucao-normativa-rn-no-279/ 3 de junho de 2021 - Respostas ANS http://biovidasaude.com.br/biblioteca/normativas-idss/ CONTINUIDADE LENDO + http://www.primordiossaude.com.br/2020/06/03/resolucao-normativa-rn-no-279/	PRAZOS DE ATENDIMENTO http://biovidasaude.com.br/2020/06/03/resolucao-normativa-rn-no-259/ Resolução Normativa – RN N° 259 http://biovidasaude.com.br/2020/06/03/resolucao-normativa-rn-no-259/ 3 de junho de 2021 - Respostas ANS http://biovidasaude.com.br/biblioteca/normativas-idss/ Resolução Normativa ANS Prazos de Atendimento Baixa CONTINUIDADE LENDO + http://www.primordiossaude.com.br/2020/06/03/resolucao-normativa-rn-no-259/	
Usamos cookies em nosso site para fornecer uma experiência mais relevante, armazenando suas preferências e suas visitas. Ao clicar em "Aceitar", você concorda com a utilização de TODOS os cookies. Mais informações: ACEITO Sua cliente http://biovidasaude.com.br/sem-cliente/		

Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
Fonte: BIOVIDA SAÚDE LTDA., 2021.

O tratamento das normas rotineiramente publicadas pela ANS não é feito com atualização regular nos portais abertos das operadoras, notando-se certa oportunidade e conveniência destas em publicar os assuntos que mais lhes interessam, ou aqueles que não

lhes afetam, uma vez que o portal é um canal corporativo não regulado. Verificou-se nessa pesquisa, portanto, que os ajustes necessários à legislação não são feitos por 50% das operadoras de planos privados, em relação ao arcabouço trazido pelo Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS, acerca das características de cada contratação na saúde suplementar. Isso significa que metade da amostra estudada não se interessou em explicar aos consumidores que em cada contratação, as regras vão incidir de maneira diferente para rescisão e reajuste, principalmente.

Outrossim, verificou-se também que o mercado concentra a preferência nas contratações coletivas não somente a partir de dados da ANS (Gráficos 2 e 3), mas pelas publicidades que convocam poucas vidas para aquisição de um plano de saúde, sem deixar claro tratar-se de pessoa física ou jurídica (Figuras 11 e 12).

Figura 11 – Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde



Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, 2021b.

A perpetuação de planos de saúde voltados para poucas vidas vem se expandindo cada vez mais para contratantes de pequenas e médias sociedades empresárias, destacando-se os microempreendedores individuais ou familiares que adquirem um CNPJ para também

tentarem se cadastrar em um plano de saúde coletivo, porém sem as mesmas garantias dos planos de contratação direta por meio de pessoas físicas (Figuras 11 e 12).

Em contraponto, os contratantes de planos de saúde coletivos são destinatários que abrangem os consumidores individuais de bens importantes, como a saúde e a vida humana, os quais requerem igual proteção do CDC (MONTEIRO, 2011).

Figura 12 – Não referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório da ANS acerca dos tipos de contratação pela operadora Bradesco Saúde S.A.

SPG - Seguro para Grupos de até 199 Vidas

SPG 3	SPG 30	SPG 100
3 A 29 VIDAS	30 A 99 VIDAS	100 A 199 VIDAS
*Coberturas poderão sofrer redução em função conforme a quantidade de vidas.		

EMPRESARIAL - Grupos a partir de 200 Vidas

EMPRESARIAL 200	EMPRESARIAL 500
200 A 499 VIDAS	A PARTIR DE 500 VIDAS

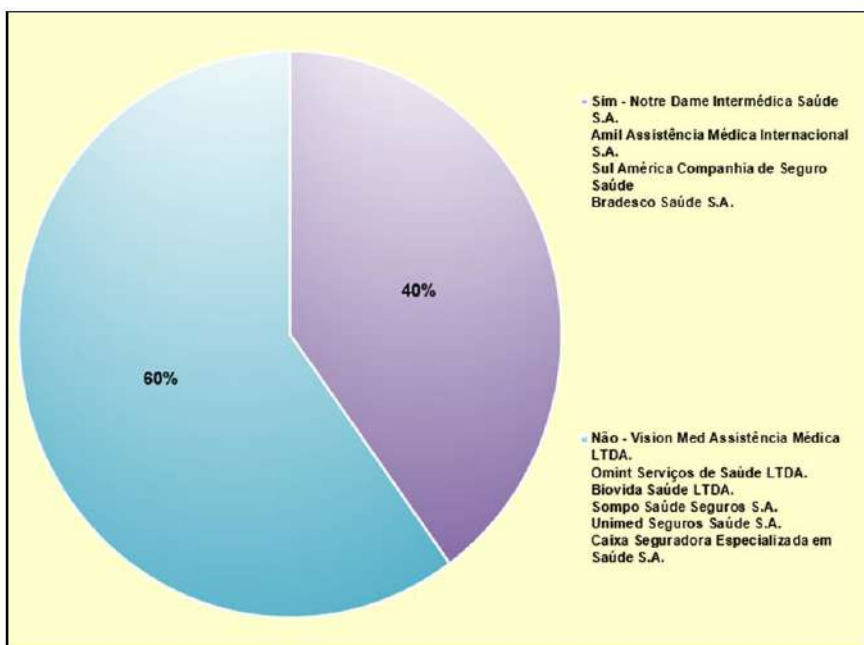
<https://saudebradescobr.com.br/> 01/03/2021
 Plano de Saúde Bradesco Empresarial Com 60% Desconto [Tabela de Preço] Page 8 of 13

Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: BRADESCO SAÚDE S.A., 2021.

Os tipos de contratação são definidos pela Resolução Normativa nº 195, de 2009, da ANS, e cada contratação têm um conceito específico correto referendado pela respectiva norma especial.

Gráfico 6 – Operadoras de planos privados de assistência à saúde que misturaram conceitos normativos nos diferentes tipos de contratação na seção de vendas de planos privados de saúde nas redes sociais



Fonte: Adaptado de Amil Assistência Médica Internacional S.A. (2021), Biovida Saúde Ltda. (2021), Bradesco Saúde S.A. (2021), Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A. (2021), Notre Dame Intermédica Saúde S.A. (2021), Omint Serviços de Saúde Ltda. (2021), Sampo Saúde Seguros S.A. (2021), Sul América Companhia de Seguro Saúde (2021a), Unimed Seguros Saúde S.A. (2021) e Vision Med Assistência Médica Ltda. (2021).

No Gráfico 6, observou-se que 60% das operadoras de planos privados de assistência à saúde não misturaram conceitos normativos em relação aos diferentes tipos de contratação na seção de vendas de planos privados de saúde nas redes sociais, enquanto 40% misturaram.

A mistura de conceitos normativos para os diferentes tipos de contratação dos planos privados de saúde gera confusões semânticas nos consumidores, que não conseguem perceber os riscos da contratação coletiva – resilição unilateral por iniciativa das operadoras e reajustes nos preços das mensalidades negociados livremente no âmbito do interesse comercial do mercado de planos privados de saúde.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde que apresentaram as publicidades nas redes sociais com conceitos e/ou símbolos incorretos, em relação aos tipos de contratação definidos na Resolução Normativa nº 195, de 2009, da ANS, foram a Notre Dame Intermédica Saúde S.A., a Amil Assistência Médica Internacional, a Sul América Companhia de Seguro Saúde e a Bradesco Saúde S.A., conforme as Figuras 13, 14, 15, 16 e 17.

Figura 13 – Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais e por adesão nos planos privados de saúde pela operadora Notre Dame Intermédica Saúde S.A.

https://www.intermedicanotredameplanos.com.br/intermedica-individual/	01/03/2021
Plano Intermédica Individual com 50% Desconto Plano de Saúde	Page 2 of 11

Já aqueles que viajam muito pelo País podem contratar um plano de saúde com cobertura nacional que, embora haja um acréscimo no valor, traz a possibilidade de atendimento pelo plano em qualquer estado.

O plano de saúde Intermédica individual por adesão, oferece a melhor opção de saúde para todos. O plano é comercializado na modalidade coletiva por adesão, diretamente para entidades de classe (sindicatos). Para ter direito a contratação o beneficiário precisa ter registro em carteira ou formação acadêmica.

A NotreDame Intermédica (GNDI), oferece aos seus beneficiários de pequenas, médias e grandes empresas planos de saúde para quem quer uma assistência médica de qualidade, com acesso a todas as especialidades médicas e a um custo acessível para todas as classes.

Fonte: NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A., 2021. (grifos da autora)

Figura 14 – Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais e por adesão nos planos privados de saúde pela operadora Amil Assistência Médica Internacional

https://vendasamilsaude.com.br/plano-amil-saude-individual/	02/03/2021
Plano Amil Saúde Individual (Adesão) - Plano de Saúde Amil	Page 2 of 11

AMIL SAÚDE INDIVIDUAL

Plano de Saúde Amil Individual (Plano Amil por Adesão) é comercializado pela administradora Qualicorp, o plano saúde por adesão é oferecido para profissionais afiliados a entidades de classe como sindicatos e associações. Para ter direito a contratar o Plano de Saúde Amil Individual coletivo por adesão, o beneficiário precisa ser associado à uma entidade de classe ou possuir uma formação acadêmica.

O Amil Saúde Individual por Adesão conta com todos os diferenciais e benefícios que só a Amil Saúde oferece. Conta com abrangência nacional, e oferecem uma ótima relação custo benefício para você.

Fonte: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., 2021. (grifos da autora)

Figura 15 – Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais para pessoas físicas não mais comercializáveis de longa data, porém subentendidas como adesão nos planos privados de saúde pela operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde

Plano de Saúde SulAmérica

O plano de saúde SulAmérica faz parte da SulAmérica Seguros, o maior grupo segurador independente do Brasil!

Nos mais de 120 anos de atuação, a seguradora conquistou mais de 7 milhões de clientes na sua carteira, além de colecionar prêmios e reconhecimentos do mercado.

***Desconto extra de até 20%** na categoria Direto e para alguns estados.

Garanta o seu desconto

Nome

E-mail

Celular

Fale conosco, estamos online!

Escolha o tipo do plano

☐ Empresarial

☒ **Pessoa Física**

<https://comparplanodesaude.com.br/sulamerica-saude/> 1/18

13/01/2021 Plano de Saúde SulAmérica - Contrate o/ Até 30% Desconto

Contratar por Telefone (11) 3337-0675 ou Contratar por WhatsApp (11) 0757-48881

SulAmérica
Saúde

Fonte: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, 2021a.
(grifos da autora)

Figura 16 – Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais e familiares por adesão nos planos privados de saúde pela operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde por meio da administradora de benefícios Qualicorp, sem que os planos individuais sejam comercializáveis desde longa data



PLANTÃO DE VENDAS
(21) **2222-7007**
ATENDIMENTO 24 HS
(21) **3185-0560**

CARÊNCIA ZERO***
PLANOS
A PARTIR DE: **R\$ 145,66****

[O Plano de Saúde com Carência Zero***](#)

Aproveite Já.
Conheça as
Melhores opções
em Planos de
Saúde Com
Ótima
Cobertura.
Aqui na SulAmérica você encontra os melhores médicos e hospitais com cobertura nacional

ADESÃO INDIVIDUAL a partir de	ADESÃO FAMILIAR a partir de	PLANO EMPRESARIAL a partir de
Por R\$ 146,40* *No plano Ideal Qualicorp de 00-18 anos.	Por R\$ 146,40* *No plano Ideal Qualicorp de 00-18 anos.	Por R\$ 145,66** **No plano Exato QC 03 a 29 vidas PME de 00-18 anos.
COTAÇÃO INDIVIDUAL	COTAÇÃO FAMILIAR	COTAÇÃO EMPRESARIAL

Aproveite Nossa Promoção
Reduzimos o seu Custo com Plano de Saúde e você pode parcelar **seu primeiro pagamento.**

Fonte: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, 2021a. (grifos da autora)

Figura 17 - Mistura de conceitos normativos entre as contratações individuais e por adesão nos planos privados de saúde pela operadora Bradesco Saúde S.A.

Plano de Saúde Bradesco?

1. Conhecido como Plano de Saúde por Adesão, o Plano de Saúde Bradesco Individual para Pessoa Física é um produto coletivo por adesão e oferece valores diferenciados no contrato.

2. Já o Plano de Saúde Bradesco Empresarial é um produto oferecido para pessoa que tenha CNPJ ou MEI, podendo ser contratado pelo dono da empresa e seus familiares ou para seus funcionários.

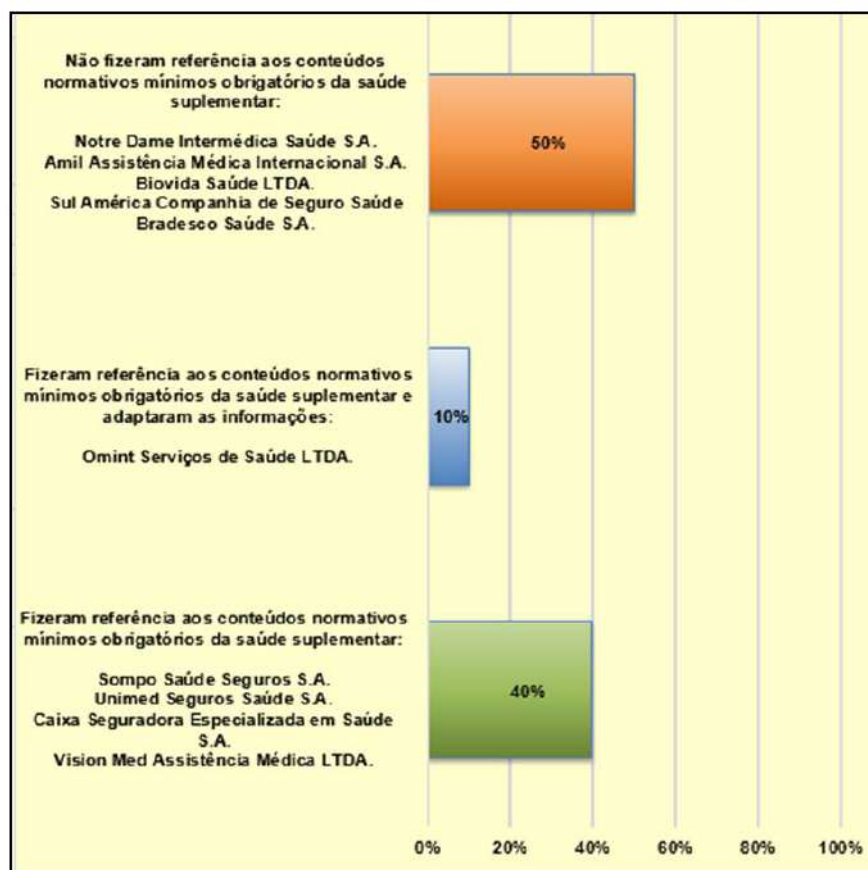
- Plano Empresa Bradesco MeI
- Plano de Saúde Bradesco CNPJ
- Plano de Saúde Bradesco Empresarial
- Plano Familiar Bradesco Saúde
- Plano Individual Bradesco Saúde
- Plano de Saúde Bradesco Pessoa Física

<https://saudebradescobr.com.br/> 01/03/2021

Plano de Saúde Bradesco Empresarial Com 60% Desconto [Tabela de Preço] Page 2 of 13

Fonte: BRADESCO SAÚDE S.A., 2021. (grifos da autora)

Gráfico 7 – Operadoras de planos privado de assistência à saúde que além de terem feito referência ao conteúdo normativo mínimo obrigatório de saúde suplementar previsto no Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS, adaptaram as informações com os tipos de contratação de planos de saúde que realmente ainda comercializam nas redes sociais

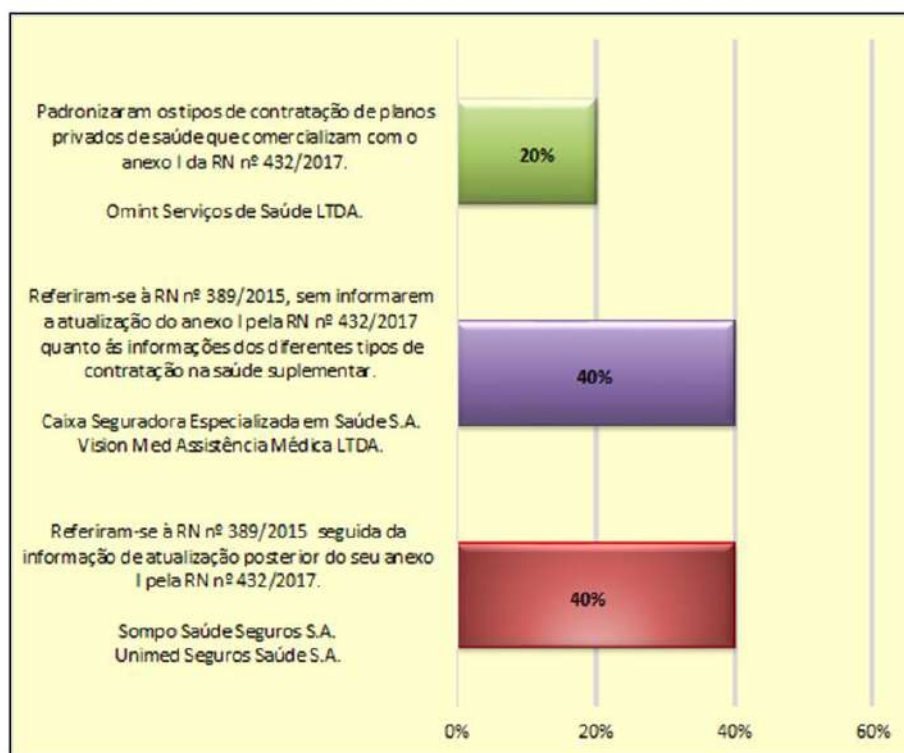


Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: Adaptado de Amil Assistência Médica Internacional S.A. (2021), Biovida Saúde Ltda. (2021), Bradesco Saúde S.A. (2021), Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A. (2021), Notre Dame Intermédica Saúde S.A. (2021), Omint Serviços de Saúde Ltda. (2021), Sompo Saúde Seguros S.A. (2021), Sul América Companhia de Seguro Saúde (2021a), Unimed Seguros Saúde S.A. e Vision Med Assistência Médica Ltda. (2021).

Em relação ao Gráfico 7, 50% das operadoras de planos privados de assistência de saúde pesquisadas não fizeram a referência aos conteúdos normativos mínimos obrigatórios de saúde suplementar previsto no Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS, 10% fizeram a referência aos conteúdos normativos em referência e adaptaram as informações com os tipos de contratação de planos de saúde que realmente ainda comercializam. E 40% delas apenas fizeram a referência aos conteúdos normativos mínimos obrigatórios da saúde suplementar.

Gráfico 8 - Características do grau de atualização do conteúdo normativo obrigatório da ANS das operadoras de planos privados de assistência à saúde nas redes sociais



Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: Adaptado de Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A. (2021), Omint Serviços de Saúde Ltda. (2021), Sompo Saúde Seguros S.A. (2021), Unimed Seguros Saúde S.A. (2021) e Vision Med Assistência Médica Ltda. (2021).

Em relação ao Gráfico 8, 20% das operadoras adaptaram as informações dos tipos de contratação de planos privados de saúde que comercializam nas redes sociais, nos termos do Anexo I, da Resolução Normativa nº 389/2015, com atualização posterior pela Resolução Normativa nº 432/2017, representado pela operadora Omint Serviços de Saúde Ltda.

Em seguida, aparecem no grupo de 40% as operadoras Caixa Seguradora Especializada em Saúde S.A. e Vision Med Assistência Médica Ltda., as quais fazem referência à Resolução Normativa nº 389/2015, sem, contudo, informarem a atualização do Anexo I, desta norma pelo Anexo I, da Resolução Normativa nº 432/2017.

Com igual percentual de 40%, outro grupo representado pela Sompo Saúde Seguros S.A. e Unimed Seguros Saúde S.A., além de referirem a Resolução Normativa nº 389/2015 em suas publicidades, fazem menção à atualização do Anexo I desta norma pelo Anexo I, da Resolução Normativa nº 432/2017.

A inexistência de similar poder de negociação entre os contratantes de planos coletivos, especialmente, os estipulantes de contratos para PME, e operadoras de planos

privados de assistência à saúde gera desequilíbrio contratual e insegurança jurídica nas relações de consumo. Nesse contexto de maior desequilíbrio contratual dos planos privados de saúde coletivos, ressalta-se a omissão legislativa da Lei nº 9.656, de 1998, que gera temeridade aos contratantes desse segmento contratual pela menor proteção normativa a eles conferida, o que acaba por favorecer o cenário da má-fé, tal qual se torna flagrante, uma vez que

dentre outros aspectos, a boa-fé e o equilíbrio contratual que constituem pressupostos da justa contratação e da boa execução dos contratos parecem amesquinhados quando a lei, pecando por falta de clareza e, aparentemente, por deliberadas omissões, favorece as situações de má-fé e de desequilíbrio contratual. Isto nunca é justo e quase nunca é bom para as partes contratantes (ESMERALDI; LOPES, 2015, p. 155).

A sistemática normativa advinda da Lei nº 9.656, de 1998, que prevê as hipóteses legais para a suspensão e para a rescisão unilateral contratual por iniciativa das operadoras de planos privados de saúde restringe-se aos planos contratados individualmente pelas pessoas físicas, deixando de fora desse escopo normativo protetivo os contratantes de planos de saúde coletivos, conforme art. 13, parágrafo único, inciso II, desse mandamento legal (BRASIL, 1998).

Assim, a internet passa a ser um espaço perigoso para que esse cenário de má-fé contratual nos planos privados de saúde se perpetue sem freios regulatórios que coíbam todas as arbitrariedades e abusos nas relações de consumo, às quais os consumidores são categoricamente os mais vulneráveis, segundo o CDC.

A internet possui um espaço mais abstrato e difícil de delimitar no que tange a evitar arbitrariedades nas relações de consumo, sobretudo porque quem deseja contratar um plano de saúde deve registrar, para tanto, seus dados pessoais para contato com os serviços de corretagem das operadoras de planos privados de saúde.

As inúmeras janelas dos sites das operadoras de planos privados de saúde permitem acesso ao conteúdo e a funcionalidades nem sempre visíveis ao público externo. Por sua vez, essas janelas podem indicar conteúdo informativo com incoerência e imprecisão em relação aos normativos especiais da ANS, além das lacunas informacionais que se revelam prejudiciais na fase preliminar da contratação. O que se permitiu estudar nessa pesquisa foram as condutas das 10 operadoras de deixar de comunicar as informações obrigatórias constantes no Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, da ANS, ressaltando-se que as informações obrigatórias presentes no portal reservado dos beneficiários já vinculados aos

planos de saúde não foi objeto metodológico desta pesquisa, uma vez que elas incluem os componentes cadastrais e de utilização de serviços de acesso restrito e específico desses beneficiários.

A área reservada de informações dos beneficiários titulares e dependentes de planos de saúde denomina-se Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) e consiste no repositório de informações individualizadas do portal de acesso restrito e específico da operadora que já foi contratada, nos termos do parágrafo único, do art. 5º, da Resolução Normativa nº 389, de 2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

As operadoras de planos privados de saúde têm o dever de disponibilizar o PIN-SS de forma exclusiva e individualizada em meio digital nas áreas específicas e restritas do portal corporativo de cada sociedade empresária, conforme as regras de sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados, de acordo com os arts. 2º, 11 e 12, da Resolução Normativa nº 389, de 2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

Com informações classificadas como reservadas por terem natureza sigilosa por envolver a saúde humana, existe toda uma proteção normativa regulada de forma especial e ordinária, que, contudo, não mitiga os riscos da manipulação e uso indevido de tais dados na internet.

Os dados referentes à saúde dos beneficiários de planos privados de saúde como pessoas naturais são considerados sensíveis, além dos de origem racial ou étnico, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político e os relacionados à vida sexual, dado genético ou biométrico, segundo inciso II, do art. 5º, da Lei nº 13.709, de 14/08/2018 (BRASIL, 2018a).

O Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965, de 2014) não definia o que eram dados sensíveis, e apenas abrangia o conceito normativo de dados pessoais (BRASIL, 2014). A LGPD (Lei nº 13.709, de 2018) incorporou tanto os dados da saúde como sensíveis, como também os dados genéticos e os de natureza biométrica, quando processados para identificar de maneira exclusiva uma pessoa natural, além de outros categorizados nessa mesma classificação (BRASIL, 2018a).

Nesse cenário, a plataforma digital de dados da saúde dos beneficiários de planos privados de saúde, ao mesmo tempo em que exige um ambiente seguro de responsabilidade das operadoras quanto ao componente de utilização de serviços médicos e odontológicos, exige um gerenciamento cuidadoso dos dados pessoais relacionados à seção cadastral individualizada em relação a cada plano de saúde contratado.

Para além da legislação destinada à proteção dos dados pessoais, a avaliação jurídica em caso de danos ou lesões decorrentes do tratamento indevido dos diferentes dados requer novas formas de se pensar como a inteligência artificial, autoprogramada ou não, vem ampliando novas possibilidades de fraude na captura de dados dos consumidores usuários das redes sociais.

Entender o que está na esfera de controle e influência das operadoras de planos privados de saúde transcende o consentimento livre, informado e esclarecido que, de forma secundária, poderá ter finalidade diversa da informada aos consumidores, o que torna a segurança de dados e privacidade na internet questões fundamentais da soberania da dignidade humana.

Os recursos corporativos detêm o banco de dados de seus consumidores de planos privados de saúde e a manipulação indevida das informações pessoais passou a ser vedada a partir do art. 7º, incisos VII e IX, do Marco Civil da Internet, que passou a exigir o consentimento livre, expresso e informado nas hipóteses legais previstas: coleta, uso, armazenamento e tratamento de dados pessoais. Ocorre que nem tudo é esclarecido como deveria ser, da maneira transparente numa linguagem clara e compreensível, conforme prevê o CDC de 1990.

Os registros de conexão nos navegadores da internet que carregam as microinformações pessoais mais acessadas e pesquisadas pelos usuários que desejam contratar ou mudar de plano privado de saúde também requerem a assinatura de um termo de consentimento livre, expresso e informado, conforme art. 7º, inciso VII, da Lei nº 12.965, de 2014 (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, faltam mecanismos de controle externo a fim de impedir que os termos de busca utilizados pelos consumidores não sejam armazenados como histórico acessado nas redes sociais a partir dos fluxos de navegação expostos na internet, consequentemente permitindo que se descubram diversas preferências de consumo. Presume-se que essas preferências de consumo, quando incluem os planos privados de saúde, sejam direcionadas para conexões abertas de *links* mais frequentemente acessados. Desse modo, acredita-se que em relação aos canais digitais de comunicação alinhados ao contexto da responsabilidade corporativa:

[...] Algumas organizações fundem todas as informações em um único relatório enquanto outras as separam. Qualquer que seja o tratamento, essas informações devem ser disponibilizadas a todos os grupos investidores para que qualquer companhia seja viável no tumultuado ambiente moderno de negócios. É evidente

que as plataformas digitais são veículos para a apresentação dessas informações (ARGENTI; BARNES, 2011, p. 228).

Nessa linha de raciocínio, o controle da obrigatoriedade normativa de imposição de um termo de consentimento livre, expresso e informado não parece coibir, na prática, abusos que possam ainda perdurar em tempos remotos, apesar da existência do Marco Civil da internet, complementado pela LGPD. Embora reconheçam-se avanços na seara legislativa, existem fatores que dificultam o controle da execução das normas ordinárias e especiais, como a falta de política pública regulatória eficaz e capaz de apresentar resultados saneadores dos efeitos negativos do poder irrestrito de mercado de planos privados de saúde.

O aumento do poder do mercado de planos privados de saúde exige do Estado medidas mais ativas, especialmente quanto à finalidade de se manter normas da ANS em defesa dos consumidores, da concorrência regulada, da qualidade da atenção à saúde privada e do interesse público (OCKÉ-REIS, 2007).

Nesse contexto, a ANS regulamentou também a entrega obrigatória do Manual de Orientação para a Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), trazendo informações relevantes sobre prazos de carência, vigência contratual, critérios de reajuste, segmentação assistencial e abrangência geográfica (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Nota-se, contudo, que a plena eficácia dos direitos dos consumidores independe da atuação do Poder Judiciário, destacando-se como efeito todas as formas de se evitar administrativamente as práticas abusivas nas relações de consumo da saúde suplementar (FARIAS, C.; FARIAS, T., 2014).

Desse modo, destaca-se não somente a atuação da ANS como órgão regulador dos planos privados de saúde, mas torna-se útil a articulação com o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), a fim de contribuir com o controle externo apuratório a partir da formação de um cadastro nacional de práticas abusivas do mercado privado de saúde decorrente de denúncias de irregularidades nessa seara (FARIAS, C.; FARIAS, T., 2014).

Quando a concentração econômica ocorre nos setores empresariais diversos há tendência à redução do grau de competição no mercado, em razão do poder econômico empresarial atribuído nesse ramo (FORGIONI, 2020).

As operadoras de planos privados de assistência à saúde, como agentes econômicos no setor suplementar, concentram riqueza e podem ser agrupadas por fusões e incorporações de carteiras rentáveis, formando novas sociedades empresárias ou grupos econômicos mais fortes do ponto de vista financeiro.

Como efeito negativo da concentração empresarial na saúde suplementar, teme-se que o domínio de mercado elimine a concorrência e imponha mensalidades cada vez mais onerosas não suportáveis aos beneficiários de planos de saúde que podem pedir cancelamento de seus planos ou portarem para novos planos menos custosos, mas de qualidade duvidosa.

A redução da qualidade dos produtos na saúde privada, bem como a da concorrência nos planos de saúde, compreende outro efeito negativo decorrente da maior concentração econômica no mercado de saúde suplementar. Além da ANS e do CADE, o Ministério da Saúde também precisa adequar seu papel de coordenador central de políticas públicas com maior sinergismo na regulação dos planos privados de saúde, otimizando a defesa concorrencial articulada ao interesse público, para que haja maior equilíbrio nas relações de consumo da saúde suplementar. Nesse aspecto, é importante destacar que:

O Ministério da Saúde não pode desistir do seu papel de regular o gasto tributário em saúde, cujo desenho dependerá do projeto institucional do governo para o setor, bem como do seu poder de barganha para superar os conflitos distributivos na arena setorial e para resistir à sua captura pelo mercado de planos de saúde (OCKÉ-REIS, 2018, p. 2041).

Na relação pública e privada, um problema que se revela importante discutir é a renúncia da arrecadação fiscal, em que se permite maior expansão do mercado privado de planos de saúde, em prejuízo à implementação de bens e serviços no SUS, além de conduzir à injustiça distributiva por favorecer estratos superiores de rendas e certas atividades econômicas lucrativas da população brasileira (OCKÉ-REIS, 2018).

Ainda que a participação da iniciativa privada na saúde seja livre, pelo fato de o Estado não conseguir ser o provedor absoluto de bens e serviços, este não pode prescindir da necessária regulamentação e fiscalização setorial do que é necessário para a arrecadação fiscal sem comprometer o SUS.

De fato, o que se assiste é ao crescimento de planos de saúde coletivos, que vêm causando inúmeros problemas e controvérsias decorrentes de práticas comerciais abusivas das operadoras de planos privados de saúde, os quais estão relacionados às lacunas na regulamentação, o que acaba por refletir no aumento significativo da judicialização (ROBBA, 2019).

Para maior competitividade no setor de planos individuais e familiares, é necessário um tratamento diferenciado do órgão regulador com normas eficazes que incentivem boas práticas regulatórias e a retomada da comercialização neste segmento de planos. A expansão dos planos coletivos atribui os efeitos do retrocesso ao marco legal dos planos de saúde quanto à autorregulação do mercado livre para driblar qualquer tentativa tímida de impedi-los

de angariar mais consumidores nesse ramo coletivo de negócios altamente atraente e lucrativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa permitiram destacar que existem muitas práticas comerciais abusivas nos portais abertos da internet das operadoras de planos privados de saúde, especialmente na seção de busca para contratação. Tais práticas não estão necessariamente relacionadas à falta de normativos regulatórios, cujos propósitos são a padronização de informações para aqueles consumidores que buscam a mudança de planos de saúde com maior segurança e transparência ou para aqueles que venham contratar planos de saúde pela primeira vez.

Existem publicidades eletrônicas praticadas pelo segmento privado que ocultam a captura de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos, ao não informarem os riscos do desequilíbrio da contratação coletiva. Foi também percebido que algumas operadoras induzem os consumidores ao engano quando misturam conceitos entre os diferentes tipos de contratação e simulam descontos vantajosos nos preços das mensalidades, especialmente para quem adquiriu ou está prestes a adquirir um CNPJ em alguma atividade empresarial.

A partir deste estudo, verificou-se que 50% das operadoras estudadas predispõem o cenário apto à captura de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos quando não informam os riscos inerentes à contratação coletiva. Nesse percentil, percebeu-se que 40% das operadoras, além de não informarem o conteúdo normativo obrigatório do Anexo I, da Resolução Normativa nº 432/2017, sobre as peculiaridades de cada contratação, induzem os consumidores ao engano quando, no ato da comercialização, misturam os conceitos normativos corretos para cada tipo de contratação, os quais estão definidos na Resolução Normativa nº 195, de 2009, sendo ambas as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Outros 50% das operadoras estudadas, embora tivessem feito publicidade quanto às informações obrigatórias do arcabouço normativo da saúde suplementar em seus portais abertos, apenas 10% delas adaptaram essas normas com os tipos de contratação que comercializam. Ainda nessa amostra de 50%, equivalendo-se ao universo total da amostra das operadoras que mencionaram o conteúdo normativo mínimo obrigatório previsto no Anexo I, da Resolução Normativa nº 432/2017, da ANS, apenas 40% divulgaram informações mais atualizadas com base nesse normativo, mas sem adaptarem as contratações que comercializam. Houve apenas uma operadora que fez as devidas adaptações (o que equivale a

20% dessa amostra). Noutro giro, os 40% restantes das operadoras de planos privados de assistência à saúde apenas mencionaram o Anexo I, da Resolução Normativa nº 389/2015, da ANS, sem informarem as atualizações posteriores, conforme o Anexo I, da Resolução Normativa nº 432/2017, da ANS.

As falhas dos mecanismos de controle regulatório para fins de coibição das práticas comerciais abusivas praticadas pelas operadoras de planos de saúde nas redes sociais concentram-se na falta de coordenação das políticas públicas regulatórias que não protagoniza a intervenção fiscalizatória nos sites abertos e restritos de busca corporativos, deixando de conhecer e perquirir a vigilância necessária, em relação à exigência normativa de dispor pelo menos um conteúdo normativo mínimo obrigatório acerca das advertências dos riscos em cada tipo de contratação na saúde suplementar. Outra falha regulatória importante está na ausência de estímulos para aumentar a concorrência na oferta de planos de natureza individual/familiar destinados ao público pessoa física sem que seja necessário adquirir um CNPJ como condição para admissão nos planos privados de saúde.

O Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, que atualizou o Anexo I, da Resolução Normativa nº 389, de 2015, da ANS, e que prevê o conteúdo mínimo obrigatório a ser apresentado nos portais abertos pelas operadoras de planos privados de saúde em seus sites, determina também inúmeras exigências em área privativa logada para quem já contratou o plano privado de saúde. Deste modo, o conteúdo mínimo obrigatório dos arcabouços normativos da saúde suplementar que tem acesso restrito e específico no portal de informações do beneficiário não se encontra explícito às diligências e controle regulatório externo pelo próprio órgão regulador, considerando que apenas os beneficiários que já celebraram os contratos têm acesso aos portais fechados das operadoras, além das operadoras especificamente contratadas.

No que tange ao conteúdo normativo mínimo obrigatório sobre a rescisão contratual por tipo de contratação nos planos privados de saúde, o próprio Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, não foi devidamente atualizado pela decisão judicial contida na Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, porque, muito embora a matéria tenha sido atualizada pela Resolução Normativa nº 455, de 2020, após consulta recente ao site da ANS, persiste em vigor o dispositivo anulado na forma do parágrafo único, do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14.07.2009, tal como se constata em: http://www.ans.gov.br/images/Anexo/RN/Anexo_RN_342_MEI_Dipro.pdf. (acesso em 28 mar. 2021).

Isso significa que, no próprio Anexo I, da Resolução Normativa nº 432, de 2017, ainda está presente a informação que, após doze meses nos contratos coletivos, poderá haver rescisão unilateral imotivada, desde que a notificação ao consumidor tenha sido feita com sessenta dias de antecedência, contrariando a própria Resolução Normativa nº 455, de 2015, que prevê o contrário como efeito da citada anulação judicial.

Assim, notou-se que a atualização do conteúdo normativo mínimo obrigatório na saúde suplementar padece de maior controle interno e externo voltado para a atualização sistemática, tanto pela ANS, quanto pelo mercado de planos privados de saúde, considerando que apenas 50% das operadoras estudadas que informaram os conteúdos normativos mínimos obrigatórios sobre os tipos de contratação não se preocuparam, integralmente, em atualizar seus *sites* ou canais corporativos pelos normativos mais recentes da ANS.

A dificuldade de se fiscalizar o cumprimento das informações necessárias na saúde suplementar reside no fato de os contratantes que já têm vínculo jurídico contratual com as operadoras desconhecerem todas as exigências trazidas pela Resolução Normativa nº 389, de 2015, e suas atualizações posteriores. Além disso, a ANS assume uma postura expectante de denúncias a serem formalizadas pelos consumidores quando, possivelmente, um dano ou uma lesão já estão instalados nas relações de consumo.

Os consumidores que interagem na internet para adquirir planos de saúde ou trocá-los por meio de portabilidade, aproveitando os períodos de carência cumpridos e melhores preços dos planos aproveitam-se das tecnologias virtuais disponíveis. Mesmo com o avanço tecnológico e a oferta de vários produtos de consumo, impõem-se desafios aos aspectos legais protetivos para sua extensão segura na prática comercial eletrônica.

Não existe uma advertência normativa nas publicidades ou ofertas de portabilidade, sobre quais informações usadas pelas operadoras de planos privados de saúde são consideradas manipuladoras por induzirem enganos dos consumidores que podem trocar seus planos individuais mais seguros destinados às pessoas físicas por planos coletivos intermediados por pessoas jurídicas contratantes.

A internet possibilita a disposição indefinida das informações de publicidades que podem confundir as escolhas razoáveis dos consumidores de planos privados de saúde.

As publicidades, sejam elas realizadas em portais fechados ou abertos nas redes sociais, escapam do necessário controle regulatório e da vigilância ativa da ANS.

A veiculação de informações incompletas na saúde suplementar em todas as etapas da contratação eletrônica causa prejuízos aos consumidores de planos privados de saúde que, ao

migrarem para planos coletivos, ficam vulneráveis às rescisões unilaterais de contratos e reajustes abusivos nos preços das mensalidades.

O desenvolvimento sustentável do setor regulado precisa do cumprimento tanto das normas especiais como das normas de defesa do consumidor, sendo fundamental a criação de medidas fiscalizatórias rotineiras na oferta de planos privados de saúde.

A internet é um grande repositório de informações sobre uma infinita variedade de produtos, e o compartilhamento exponencial eletrônico de tais informações na oferta de planos de saúde devem ser reguladas.

As informações publicadas na internet pelas operadoras ou serviços de corretagem são afinadas aos interesses mais imediatos do consumo, como a busca pela sensação do melhor custo com o melhor benefício oferecido. Essas informações precisam estar coerentes com o conteúdo normativo geral e especial para advertir corretamente as características de cada tipo de contratação na saúde suplementar.

É fundamental investir nas políticas públicas regulatórias nos diversos meios de comunicação, não somente nos portais abertos da internet, mas também nos canais de acesso restrito aos consumidores que já apresentam vínculo contratual com as operadoras de planos privados de saúde. Desta maneira, tais políticas dependem do envolvimento do governo, da percepção de um problema, da definição de um objetivo e da configuração de um processo programado de ação.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico]**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, ano 13, n. 1, p. 1-63, mar. 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/05-08-cad-info-marco-2019-total.pdf. Acesso em: 17 fev. 2020.

_____. Diretoria Colegiada. **Anexo da Resolução Normativa nº 432**, de 27 de dezembro de 2017. Altera o Anexo I da Resolução Normativa – RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/ANEXO_RN_342_MEI_DIPRO.pdf. Acesso em 28 mar. 2021.

_____. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 162**, de 17 de outubro de 2007. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006. Rio de Janeiro, 2007. 13 f. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTIyMw==>. Acesso em: 12 fev. 2021.

_____. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 195**, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009a. 13 f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 4 jan. 2020.

_____. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 196**, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Rio de Janeiro, 2009b. 4 f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>. Acesso em: 20 jan. 2021.

_____. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 309**, de 24 de outubro de 2012. Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Rio de Janeiro, 2012. 5 f. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI4Mg==>. Acesso em: 15 fev. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 389**, de 26 de novembro de 2015. Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, revoga a Resolução Normativa nº 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2015. 8 f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNw==>. Acesso em: 17 set. 2020.

_____. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 413**, de 11 de novembro de 2016. Dispõe sobre a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro, 2016. 4f. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzMyNw==>. Acesso em: 20 dez. 2020.

_____. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 432**, de 27 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e altera o Anexo I da Resolução Normativa – RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2017. 3 f. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUzMA==>. Acesso em: 20 dez. 2020.

_____. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 455**, de 30 de março de 2020. Dispõe sobre a anulação do parágrafo único do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, em cumprimento a determinação judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01. Rio de Janeiro, 2020. 1 f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2NQ==>. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Diretoria Colegiada. **Súmula Normativa nº 21**, de 12 de agosto de 2011. Dispõe sobre migração para plano sucessor no âmbito da mesma operadora de plano privado de assistência à saúde para qualquer tipo de contratação (adaptação própria). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/sum0021_12_08_2011.html. Acesso em: 28 jan. 2021.

_____. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. **Instrução Normativa nº 23**, de 01 de dezembro de 2009. Manual de elaboração do contrato. Características gerais dos contratos de planos de saúde. Anexo I. Temas II, XVI e XVII. Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa – RN nº 85, de 07 de dezembro de 2004, e revoga as Instruções Normativas – INs DIPRO nº 15, de 14 de dezembro de 2007, e a nº 17, de 17 de dezembro de 2008. Rio de Janeiro, 2009c. 46 f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgxMw==>. Acesso em: 04 jan. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Entenda o reajuste dos planos de saúde:** consumidor. 22 fev. 2021. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/6202-entenda-o-reajuste-do-plano-de-saude>. Acesso em: 28 fev. 2021.

AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. Portal Corporativo. **Plano Amil Saúde Individual.** Disponível em: <https://vendasamilsaude.com.br/plano-amil-saude-individual/>. Acesso em: 02 mar. 2021.

ARGENTI, Paul A.; BARNES, Courtney M. **Sobrevivendo na selva da internet:** como fazer uma comunicação poderosa na web e proteger a reputação de sua empresa. São Paulo: Gente, 2011. 318 p.

ATENDIMENTO SUL AMÉRICA. **SulAmérica Especial p/RJ.** Mensagem recebida por nadia.pinto@bol.com.br em 13 de dezembro de 2018.

BAHIA, Ligia. Financeirização e restrição de coberturas: estratégias recentes de expansão das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil. In: COHN, Amélia (org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento.** Rio de Janeiro: *E-papers*: Centro Internacional Celso Furtado, 2013. p. 65-87. (Pensamento crítico, n. 1).

BARRIONUEVO FILHO, Arthur; LUCINDA, Cláudio Ribeiro de. Avaliação sobre concorrência e concentração em serviços de saúde: relações verticais e horizontais. In: FARINA, Laércio; GUIMARÃES, Denis Alves (org.). **Concorrência e regulação no setor de saúde suplementar.** São Paulo: Singular, 2010. p. 47-108.

BIOVIDA SAÚDE LTDA. Portal Corporativo. **Normativas ANS.** Disponível em: <http://biovidasaude.com.br/category/normativas-ans/>. Acesso em: 01 mar. 2021.

BITTAR, Carlos Alberto. **Direito dos contratos e dos atos unilaterais.** 2. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 186 p.

BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral. Reajuste por sinistralidade em contratos coletivos empresariais de assistência à saúde: interpretação segundo os princípios constitucionais do direito à saúde e artigos 1º e 170 da Constituição Federal de 1988. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-112, jul./out. 2013.

BRADESCO SAÚDE S.A. Portal Corporativo. **Bradesco Saúde Empresarial.** Disponível em: <https://saudebradesco.br.com.br/>. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.962, de 15 de março de 2013. Regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, para dispor sobre a contratação no comércio eletrônico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 mar. 2013. Edição Extra, seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7962.htm. Acesso em: 24 jan. 2021.

_____. Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 nov. 1966. Seção 1, p.13524. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0073.htm. Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Institui o Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1916. Seção 1, p. 133. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071impressao.htm. Acesso em: 20 jan. 2021.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990a. Edição 135, Seção 1, p. 13563. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 jan. 2021.

_____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 set. 1990b. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm. Acesso em: 27 ago. 2020.

_____. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 jun. 1998. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção [s.n.], p. 5. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 12 nov. 2020.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Edição 192, seção 1, p. 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.,a%2060%20\(sessenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos). Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 abr. 2014. Edição 77, seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm. Acesso em: 10 jan. 2021.

_____. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da internet). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 ago. 2018a. Edição 157, seção 1, p. 59. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 14 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 jul. 2019. Edição 130, seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13853.htm#art1. Acesso em: 14 jan. 2021.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial 1.638.280 /RS (2016/0288234-3) – Rio Grande do Sul**. Recurso especial. Ação de obrigação de fazer. Saúde suplementar. Planos de saúde. Regime de contratação. Coletivo. População vinculada à pessoa jurídica. Microempresa familiar. Três beneficiários. Rescisão unilateral e imotivada. Dirigismo contratual. Confronto entre problemas. Analogia. Relatora: Min. Nancy Andrighi, 02 de agosto de 2018b. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/stj-reverte-decisao-permitiu-plano.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CAIXA SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE S.A. Portal Corporativo. **Resolução Normativa 389 - RN nº 389**, de 26 de novembro de 2015. Disponível em: https://www.caixaseguradora.com.br/paravoce/saude/Biblioteca%20de%20Documentos/ANS_RN_389_26nov2015.pdf. Acesso em: 12 fev. 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 5.383**, de 03 de outubro de 2019. Autoria do Deputado Federal João Campos do Partido Republicanos – Goiás. Altera as Leis nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 e nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, para mudar de 60 (sessenta) para 65 (sessenta e cinco) anos a idade da pessoa idosa, Brasília, DF, 2019. 4p. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01svqzvks83yftuaoyw1htnev14846.node0?codteor=1816208&filename=PL+5383/2019. Acesso em: 10 jan. 2021.

CAMPOS, Juarez de Queiroz *et al.* **Noções metodológicas da pesquisa quantitativa**. São Paulo: Jotacê, 2008. 159p.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. **Enunciado nº 26**. I Jornada de Direito Civil de 12 e 13 de setembro de 2002. Brasília(DF): Centro de Estudos Judiciários do Conselho da Justiça Federal. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/672>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 13, de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 nov. 1998. Edição 211, seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzAw>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório analítico propositivo justiça pesquisa**. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Instituto de Ensino e Pesquisa, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de saúde:** nove anos após a Lei 9.656/98. As falhas da regulamentação. A omissão da Agência nacional de Saúde Suplementar. O comportamento do mercado. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2007. 82 p. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Planos_de_Saude.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

CORRETORA VITALCARE SEGUROS. [E-mail]. Destinatário: Nádia Regina da Silva Pinto. Rio de Janeiro, 2021.

CRUZ, Joana. **A falsa coletivização de contratos nos planos de saúde.** 2017. Disponível em: https://idec.org.br/em-acao/artigo/a-falsa-coletivizacao-de-contratos-nos-planos-de-saude?utm_campaign=DSA_|_Target_+35&utm_adgroup=DSA_|_Sa%C3%BAde&creative=252407851816&keyword=&gclid=Cj0KCQiA-OeBBhDiARIsADyBcE7MaxvVFqAjD3VM9FR8T5xZcsWuhCuyV935c1zStrKqCbBmMedaJj8aAkYdEALw_wcB. Acesso em: 10 fev. 2021.

CUNHA FILHO, Mauro da; OLIVEIRA, Celso Ricardo Peel Furtado de; CARVALHO, Edson Henrique de. Direito da saúde: solidariedade intergeracional no sistema suplementar de saúde no Brasil. **Unisanta Law and Social Science**, Santos, v. 7, n. 3, p. 550-553, 2018.

DANTAS, Nícia Olga Andrade de Souza. A comercialização de planos de saúde “Falsos Coletivos”: conversão substancial e nova qualificação categorial do contrato. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, v. 108, a. 25, p. 211-240, nov./dez. 2016.

ESMERALDI, Renata Maria Gil da Silva Lopes; LOPES, José Fernando da Silva. **Planos de saúde no Brasil:** doutrina e jurisprudência. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. 228 p.

FARIAS, Carolina Steinmuller; FARIAS, Thélío Queiroz. **Práticas abusivas das operadoras de planos de saúde.** 2. ed. Leme, São Paulo: Anhanguera Editora Jurídica, 2014. 672p.

FERRAZ, Marcos Bosi. **Dilemas e escolhas do sistema de saúde:** economia da saúde ou saúde da economia? Rio de Janeiro: Medbook, 2008. 157 p.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 1-39, 2019.

FONTES, André Ricardo Cruz. A inteligência artificial e o panorama contemporâneo da filosofia da mente em um estudo introdutório para a forma eletrônica do processo. **Revista LexCult**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 12-31, set./dez. 2017.

FORGIONI, Paula A. **Os fundamentos do antitruste.** 11. ed. rev. e atual. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020. 509 p.

FREITAS, Marco Antonio Barbosa de. **Tutelas provisórias individuais nos contratos de plano de saúde.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. 153 p.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 64-89.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 200 p.

GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de planos de saúde**: a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Mizuno, 2020. 461 p.

GONÇALVES, Antonio Baptista. **Propaganda enganosa e publicidade abusiva nas relações de consumo**: análise jurisprudencial. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. 279 p.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde**: a ótica da proteção do consumidor. 3. ed. rev. e atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2011. 240 p. (Biblioteca de direito do consumidor, v. 31).

HABERMAS, Jürgen. **A ética da discussão e a questão da verdade**. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018. 69 p. (Biblioteca do pensamento moderno).

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **TRF-2 proíbe fidelidade em planos de saúde coletivos**. 27 maio 2019. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/trf-proibe-fidelidade-em-planos-de-saude-coletivos>. Acesso em: 12 jan. 2021.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Inteligência artificial e Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais: o direito à explicação nas decisões automatizadas. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 26, p. 227-246, out./dez. 2020.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 277 p.

MARTINI, Sandra Regina; CHAVES, André Santos. Necessidade de confiança na jurisdição constitucional para efetivação do direito à saúde. **Revista Interações**, Campo Grande, v. 19, n. 1, p. 77-91, jan./mar. 2018.

MARTINS, Plínio Lacerda. **O abuso nas relações de consumo e o princípio da boa-fé**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. 182 p.

MATTIETTO, Leonardo de Andrade. Equilíbrio das prestações: a recuperação da base objetiva dos contratos. **Revista Consultor Jurídico**, São Paulo, p. 1-7, maio 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-10/direito-pos-graduacao-equilibrio-prestacoes-recuperacao-base-objetiva-contratos>. Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. Princípios do direito obrigacional: função social e relatividade do contrato. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, Campos dos Goitacazes, a. 6, n. 7, p. 195-210, dez. 2005.

MATTIETTO, Leonardo de Andrade. O programa da boa-fé objetiva e sua repercussão nos contratos imobiliários. **Revista Síntese Direito Imobiliário**, São Paulo, n. 22, p. 9-18, jul./ago. 2014.

MELO, Diogo Leonardo Machado de. Cláusulas abusivas, leoninas e potestativas. Parâmetros normativos do Código Civil e Código de Defesa do Consumidor. Rumo a uma teoria geral de controle de abusividade? *In*: LOTUFO, Renan; MARTINS, Fernando Rodrigues (coord.). **20 anos do Código de Defesa do Consumidor: conquistas, desafios e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 237-286.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de *et al.* O sentido do envelhecer para o idoso dependente. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 57-65, 2021.

MONTEIRO, Sônia Maria. Planos de saúde. Aspectos controvertidos. Contrato Coletivo. *In*: ESCOLA DA MAGISTRATURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Curso de Direito em saúde suplementar**. Judicialização da saúde. Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. p. 471-479. (Série Aperfeiçoamento de Magistrados, n. 6). Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/6/judicializacao-da-saude_471.pdf. Acesso em: 25 jan. 2021.

MONTONE, Januario. **Planos de saúde: passado e futuro**. 10 anos da Lei Geral dos Planos de Saúde. Rio de Janeiro: MedBook, 2009. 196 p.

NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A. Portal Corporativo. **Plano de Saúde Intermédica Individual**. Disponível em: <https://www.intermedicanotredameplanos.com.br/intermedica-individual/>. Acesso em: 01 mar. 2021.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.

_____. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista Econômica Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, jan./abr. 2006.

OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA. Portal Corporativo. **Tipos de Contratação**. Disponível em: https://www.omint.com.br/wp-content/themes/OmintPortal360/assets/pdfs/Saude_Tipos_Contratacao.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

PEIXOTO, Rodney de Castro. **O comércio eletrônico e os contratos**. Rio de Janeiro: Forense, 2001. 165 p.

PETRAUSKI, Isabela Marino. **A instituição da teoria da violação positiva do contrato no Brasil**. 19 jul. 2019. Disponível em: <https://migalhas.uol.com.br/depeso/306808/a-instituicao-da-teoria-da-violacao-positiva-do-contrato-no-brasil>. Acesso em: 12 nov. 2020.

PINTO, Nádia Regina da Silva. A rescisão unilateral de contrato de plano privado de saúde: análise das decisões judiciais do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais no período de 2015-2019. In: FIUZA, César Augusto de Castro; CORRÊA, Cláudia Franco; LISBOA, Roberto Senise (coord.). **Direito Civil Contemporâneo II**. I Encontro Virtual do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito. Temas: Constituição, cidades e crise. Florianópolis: CONPEDI, 2020. p. 150-170. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/olpbq8u9/ww214z1r/fzSCDzM54odq07VW.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

RANGEL, Ronaldo Raemy. Um ensaio econômico sobre a defesa da concorrência. **Revista do CEPE**, Santa Cruz do Sul, n. 45, p. 160-172, jan./jun. 2017.

RÊGO, Lúcia. **A tutela administrativa do consumidor**: regulamentação estadual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007. 200 p. (Biblioteca de direito do consumidor, v. 33).

RIZZARDO, Arnaldo *et al.* **Planos de assistência e seguros de saúde**: Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999. 168 p.

_____. **Contratos**. 17. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2018. 1469 p.

ROBBA, Rafael. **Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos**: casos do Tribunal de Justiça de São Paulo. São Paulo: Sá Editora, 2019. 160 p.

RODRIGUES, Décio Luiz José. **Planos de saúde**. São Paulo: Ícone, 2008. 136 p.

SAMPAIO, Aurisvaldo Melo. **O regime jurídico dos contratos de plano de saúde e a proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. 365 p. (Coleção Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 40).

SCHAEFER, Fernanda. **Responsabilidade civil dos planos e seguros de saúde**. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2010. 154 p.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lúcia. **Planos e seguros de saúde**: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Editora UNESP, 2010. 156 p. (Coleção saúde e cidadania).

SCHREIBER, Anderson. Contratos eletrônicos e consumo. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 88-110, jul./set. 2014.

SÉGUIN, Elida. **Planos de saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. 263 p.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007. 304 p.

SILVA, Isis Lacerda de Oliveira da; JESUS, Diego Santos de. O impacto do avanço da internet das coisas no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 101749-101759, dez. 2020.

SILVA, Joseane Suzart Lopes da. **Planos de saúde e boa-fé objetiva**: uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. 2. ed. Salvador: Juspodivm, 2010. 627 p.

SILVEIRA, Karyna Rocha Mendes da. **Tudo o que você precisa saber sobre planos de saúde**. São Paulo: Saraiva, 2009. 69 p.

SOARES, Gustavo de Berrêdo Guimarães Fernandes. **O advento da falsa coletivização dos planos privados de assistência à saúde no Brasil e a conversão substancial do ato negocial a uma nova categoria válida**. 2017. 76 f. Monografia (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11624/1/21205242.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2021.

SOMPO SAÚDE SEGUROS S.A. Portal Corporativo. **Resolução Normativa 389**, de 26 de novembro de 2015. Anexo I. Disponível em: https://sampo.com.br/wp-content/uploads/ANEXO-4-RN_389anexo-1.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

STEINER, Renata C. **Descumprimento contratual**: boa-fé e violação positiva do contrato. São Paulo: Quartier Latin, 2014. 272 p.

STIVALI, Matheus. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3729-3739. 2011.

SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE. Portal Corporativo. **Plano de Saúde Sul América**. Disponível em: <https://compareplanodesaude.com.br/sulamerica-saude/>. Acesso em: 13 jan. 2021a.

SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE. **Tem duas vidas?** Disponível em: https://br.images.search.yahoo.com/search/images;_ylt=AwrFFVIPdUVjGzMJiyz6Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3BpdnM-?p=tem+2+vidas%3F+sul+am%C3%A9rica%3F&fr2=piv-web&type=E210BR91199G91642&fr=mcafee#id=2&iurl=https%3A%2F%2Fcorretoresdeplanosdesaude.com.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F10%2Fbanner_sulamerica_2vidas.jpg&action=click. Acesso em: 13 jan. 2021b.

TEPEDINO, Gustavo. Os contratos de consumo no Brasil. *In*: TEPEDINO, Gustavo. **Temas de direito civil**: tomo II. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 123-134.

_____. Notas sobre os princípios contratuais e a relatividade dos contratos. **Revista de Direito Renovar**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 41-51, jan./abr. 2015.

TERRA, Aline Miranda Valverde. A violação positiva do contrato é figura efetivamente útil no Direito brasileiro? *In*: MATOS, Ana Carla Harmatiuk; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; TEPEDINO, Gustavo (coord.). **Direito civil, constituição e unidade do sistema**: anais do V CONGRESSO DO IBDCivil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. p. 97-112.

TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de saúde na visão do STJ e do STF**. São Paulo: Verbatim, 2010. 128 p.

UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A. Portal Corporativo. **Resoluções Normativas**. Disponível em: <https://www.segurosunimed.com.br/resolucoes-normativas>. Acesso em: 01 mar. 2021.

VIANNA, Geraldo Luiz. **Judicialização da saúde suplementar**: a concepção do direito como integridade contra a discricionariedade judicial. Belo Horizonte: Del Rey, 2014. 158 p.

VIEIRA, Liliane dos Santos. **Pesquisa e monografia jurídica na era da informática**. 3. ed. Brasília(DF): Brasília Jurídica, 2007. 400 p.

VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. (Golden Cross). Portal Corporativo. **Resolução Normativa 389**, de 26 de novembro de 2015. Anexo I. Disponível em: [https://www.goldencross.com.br/Documentos%20Compartilhados/RNS/RN_389anexo%20\(1\).pdf](https://www.goldencross.com.br/Documentos%20Compartilhados/RNS/RN_389anexo%20(1).pdf). Acesso em: 05 jan. 2021.