

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

ISMAEL IURI EVANGELISTA SILVA

DIREITO À SAÚDE E CONTRATOS DE ADESÃO: responsabilidade de cobertura dos planos de saúde durante a pandemia de covid-19

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2022

ISMAEL IURI EVANGELISTA SILVA

DIREITO À SAÚDE E CONTRATOS DE ADESÃO: responsabilidade de cobertura dos planos de saúde durante a pandemia de covid-19

Trabalho de Conclusão de Curso – *Artigo Científico*, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel.

Orientador: Me. Joseane de Queiroz Vieira

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2022

ISMAEL IURI EVANGELISTA SILVA

DIREITO À SAÚDE E CONTRATOS DE ADESÃO: responsabilidade de cobertura dos planos de saúde durante a pandemia de covid-19

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso de ISMAEL IURI EVANGELISTA SILVA.

Data da Apresentação: 07/12/2022

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Me. Joseane de Queiroz Vieira

Membro: PROF. ME. CLAUVER RENNÊ LUCIANO BARRETO

Membro: PROF. ESP. FRANCISCO JOSÉ MARTINS BERNARDO DE CARVALHO

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2022

DIREITO À SAÚDE E CONTRATOS DE ADESÃO: RESPONSABILIDADE DE COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Ismael Iuri Evangelista Silva¹

Joseane de Queiroz Vieira²

RESUMO

O presente artigo tem como finalidade analisar a validade de aplicação aos contratos de plano de saúde de interpretação que afaste a responsabilidade de cobertura aos usuários em caso de pandemia como a causada pela Covid-19 frente ao Direito Fundamental à Saúde. Para atingir esse objetivo, foi essencial analisar a teoria dos contratos no Brasil e sua aplicabilidade aos planos de saúde, seguindo de uma reflexão acerca do Direito do Consumidor enquanto instrumento de proteção ao hipossuficiente destinatário terminal do plano de saúde e compreender o processo de judicialização dos contratos de saúde frente as crises sanitárias e epidemiológicas. Com a finalidade de desenvolver a pesquisa, foram acessadas informações legais, entendimentos doutrinários e jurisprudências a respeito do tema. Verificou-se que existe regulamentação específica para os planos de saúde no ordenamento pátrio. No entanto, o Código de Defesa do Consumidor também é utilizado para solucionar problemas jurídicos decorrentes das relações entre prestadora e usuário do serviço de saúde privado. Em caso de conflito entre as leis deverá sempre prevalecer a que for mais benéfica para o consumidor. Desse modo, as operadoras de planos de saúde privados não podem se utilizar de lacunas normativas para se isentar das obrigações contratuais, ensejando em judicialização das demandas que acabam por decidir em favor dos consumidores.

Palavras-Chave: Contratos. Plano de Saúde. Pandemia. Caso Fortuito. Força Maior.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the validity of applying to health insurance contracts an interpretation that removes the responsibility to cover users in case of a pandemic like the one caused by Covid-19 in the face of the Fundamental Right to Health. To reach this goal, it was essential to analyze the theory of contracts in Brazil and its applicability to health insurance plans, followed by a reflection on Consumer Law as an instrument of protection for the terminal beneficiary of the health plan and to understand the process of judicialization of health contracts in the face of sanitary and epidemiological crises. In order to develop the research, legal information, doctrinaire understandings, and jurisprudence on the theme were accessed. It was verified that there is specific regulation for health plans in the Brazilian legal system. However, the Consumer Defense Code is also used to solve legal problems arising from the relationship between provider and user of private health care services. In case of conflict between laws, the one that is more beneficial to the consumer should always prevail. Thus, private health insurance providers cannot use regulatory gaps to exempt themselves from contractual obligations, leading to judicialization of lawsuits that end up deciding in favor of consumers.

Keywords: Contracts. Health Plan. Pandemic. Fortuitous Case. Force Majeure.

¹ Acadêmico do Curso de Direito do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio-Unileão. E-mail: ismael_iuri@icloud.com

² Mestre em Direito pela UNISC, docente do Curso de Direito do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio-Unileão. E-mail: joseanequeiroz@leaosampaio.edu.br

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é de responsabilidade do Estado, cabendo a ele estabelecer políticas de prevenção, proteção e recuperação de doenças. Ainda no próprio texto constitucional é conferido à iniciativa privada o direito de assistência à saúde, conforme caput do artigo 199 (BRASIL, 1988). Com isso, estão disponíveis planos de saúde suplementar, nos quais o beneficiário teoricamente teria acesso a tratamentos adicionais aos já oferecidos pelo SUS.

Normalmente, os contratos de assistência à saúde incluem cláusulas que, em situações como epidemias, pandemias, cataclismos, desastres naturais e congêneres, resultarão em exclusão de cobertura. Para justificar esta falta de cobertura, as Operadoras de Plano de Saúde (OPS) se resguardam em uma lacuna deixada pelo legislador, previsto no artigo 393 do Código Civil, estabelecendo que o devedor não responde pelos danos causados por uma força maior ou caso fortuito, situação vivenciada com a pandemia. (CARVALHO, 2020).

Surgiu então a problemática se é lícita interpretação de contrato de plano de saúde no sentido de afastar a responsabilidade de cobertura aos usuários em caso de pandemia como a causada pela Covid-19 sob argumento de caso fortuito e força maior.

Nesse sentido, o objetivo geral do presente artigo consiste em analisar a validade de aplicação aos contratos de plano de saúde de interpretação que afaste a responsabilidade de cobertura aos usuários em caso de pandemia como a causada pela Covid-19 frente ao Direito Fundamental à Saúde.

Destarte, identificou-se a natureza jurídica dos Contratos de Plano de Saúde, apontando como as nuances envolvendo o caso fortuito e a força maior na responsabilidade contratual, se refletem sobre o Direito Fundamental à Saúde e a prestação privada de serviços de saúde. Desse modo, evidenciou-se a problemática trazida às Operadoras de Plano de Saúde frente às demandas dos usuários durante à pandemia de Covid-19.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca do tema em questão, englobando livros, artigos científicos, jurisprudências e revistas especializadas que tratam do tema, com intuito de se obter um entendimento mais aprofundado do assunto em discussão.

Nessa toada, mostrou-se através da pesquisa bibliográfica, os direitos e deveres inerentes das pessoas que estão sujeitas não só a um contrato com as prestadoras de serviço de saúde privada, mas toda a população que ficou à mercê de negligências e imprudências nos atendimentos de serviços de saúde, reforçando a importância da manutenção do direito à saúde, previsto constitucionalmente.

2 DO DIREITO À SAÚDE E DA SUA PRESTAÇÃO

O direito à saúde está estabelecido no art. XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que afirma que todo ser humano tem direito a um modo de vida que garanta sua saúde e bem-estar, bem como a saúde e bem-estar de suas famílias, incluindo acesso a alimentos, roupas, moradia, cuidados médicos essenciais e serviços sociais. Em outras palavras, o direito à saúde está indissociavelmente ligado ao direito à vida, que tem como inspiração o valor da igualdade humana. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

O artigo 196 Constituição Federal de 1988 dispõe que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O direito à saúde não se limita apenas a poder ser atendido no hospital ou em unidades básicas. Embora o acesso a esses serviços seja direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, culminado a outros direitos básicos, como a educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança. (FIOCRUZ, 2020).

A criação do SUS está diretamente relacionada a tomada de responsabilidade por parte do Estado. A ideia do SUS é maior do que simplesmente disponibilizar postos de saúde e hospitais para que as pessoas possam acessar quando precisem, a proposta é que seja possível atuar antes disso, através dos agentes de saúde que visitam frequentemente as famílias para se antecipar os problemas e conhecer a realidade de cada família, encaminhando as pessoas para os equipamentos públicos de saúde quando necessário (GUIA DE DIREITOS, 2005).

Nesta toada, a Constituição Federal de 1988 garante que todos têm direito à saúde. Como resultado, todos têm direito ao tratamento adequado que é fornecido pelo poder público. Na realidade, a criação desse direito levou à criação de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que realiza desde os mais básicos, como medir a pressão arterial, até os mais sofisticados, como transplantes de órgãos. (GOVERNO DO BRASIL, 2018).

Antes da Constituição Federal prever que a Saúde é direito de todos e dever do Estado, o sistema público de saúde só atendia cerca de 30 milhões de brasileiros, que eram os trabalhadores vinculados à Previdência Social. O restante da população tinha que recorrer ao setor privado ou entidades filantrópicas. O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu em 1988 com a atual Constituição. A universalização que ele apregoa mudou esse cenário, fazendo com que qualquer cidadão possa ter acesso ao sistema público de saúde, sendo essa uma das grandes

revoluções que foi vivenciada no Brasil no que se refere a esse Direito Fundamental. (SANTANA, 2018).

Este sistema oferece mais do que apenas atendimento de emergência, também oferece atenção integral à saúde. Isso significa que as pessoas também têm direito a serviços de saúde que vão da prevenção ao tratamento, todos com ênfase na melhoria da qualidade de vida da população. A Constituição Federal estabelece ainda que a União, os Estados e os Municípios são os três entes federativos responsáveis pela saúde. E que ninguém pode enfrentar discriminação dentro do sistema, ou seja, todos devem ser tratados igualmente. (GOVERNO DO BRASIL, 2018).

A Constituição de 1988 alterou o acesso à saúde no Brasil ao estabelecer que todos têm direito à saúde e que o governo é responsável por fazer valer esse direito por meio de políticas sociais e econômicas. Dessa forma, o objetivo do sistema de saúde após a Constituição de 1988 passa a ser não apenas a restauração da saúde, mas também sua promoção e proteção. O acesso à saúde pública integral e gratuita é, portanto, uma das principais normas sociais delineadas na atual Constituição Federal. (FENELON, 2018).

A saúde também pode ser considerada como um bem jurídico indissociável do direito à vida, devendo o Estado tutelá-la. Sobre este tema, esclarece André da Silva Ordacgy (2007, p.16):

A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais.

Sendo direito subjetivo, cabe ao Estado cumprir o seu dever, seja em relação ao atendimento básico ou aos atendimentos mais complexos, que incluem a realização de internações, cirurgias e até mesmo o fornecimento de medicamentos caros. Até porque, segundo a natureza pragmática do artigo 196 da Carta Magna, o Estado chamou para si a responsabilidade de garantir este Direito, através de políticas públicas de caráter universal.

3 CONTRATOS DE ADESÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

Na teoria dos contratos, a distinção entre ações unilaterais e bilaterais é tradicional. A primeira baseia-se na manifestação de vontade de uma das partes, enquanto a segunda assenta no acordo de dois ou mais consentimentos. Uma transação bilateral, ou seja, uma transação que ocorre após mais de uma vontade, é um contrato. Um contrato é, portanto, um tipo de negócio

jurídico, e a diferença específica entre os dois é que a melhoria de um contrato depende da vontade combinada de duas ou mais partes. Assim, sempre que a ocorrência de um negócio jurídico dependa da conjugação de duas vontades, temos um contrato com efeito jurídico. (GONÇALVES, 2004).

O contrato é um ato jurídico bilateral, dependente de pelo menos duas declarações de vontade para existir, cujo objetivo é a criação, a alteração ou até mesmo a extinção de direitos e deveres de conteúdo patrimonial. Os contratos são, em suma, todos os tipos de convenções ou estipulações que possam ser criadas pelo acordo de vontades e por outros fatores acessórios. (TARTUCE, 2011). O ordenamento deve conferir instrumentos jurídicos para obrigar o contratante a cumprir o que fora estabelecido ou a indenizar pelas perdas e danos. Para destacar a importância dos contratos para as relações sociais, aponta Silvio de Salvo Venosa (2010) que se não tivesse o contrato força obrigatória estaria estabelecido o caos.

Em tese, a vontade contratual somente sofre limitação perante uma norma de ordem pública, mas na prática existem imposições econômicas e sociais que dirigem essa vontade. No entanto, a interferência do Estado na relação contratual privada mostra-se crescente, em especial numa concepção da constitucionalização do Direito Civil. (VENOSA, 2010). Por esse prisma, realçando o conteúdo social do Código Civil em vigor, seu art. 421 enuncia: “A liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato.”. Portanto, o controle judicial não se manifestará apenas no exame das cláusulas contratuais, mas desde a raiz do negócio jurídico. (VENOSA, 2010).

Um mesmo fenômeno pode ser classificado de diversas maneiras, conforme o observador em matéria de contratos. Desse modo, os contratos, em sua natureza, podem ser classificados em: unilaterais e bilaterais; onerosos e gratuitos; comutativos e aleatórios; causais e abstratos. Pela maneira como se aperfeiçoam, distinguem-se os contratos em: consensuais e reais; solenes e não solenes.

A classificação tradicional, tendo em vista o fato de a lei lhes atribuir, ou não, um nome e lhes sistematizar as regras, separa os contratos em: nominados ou inominados. Considerando uns em relação aos outros, os contratos se classificam em: principais ou acessórios. O tempo em que devem ser executados: instantânea ou diferida no futuro. Quanto ao seu objeto: definitivo ou preliminar. Finalmente, quando se tem em vista a maneira como são formados, cumpre separar os contratos em: paritários ou de adesão. (GONÇALVES, 2004).

Dentre as diversas possibilidades de classificação legal ou doutrinária dos contratos, conforme listadas acima, convém focar na divisão dos contratos em paritários ou de adesão, já que essa discussão se relaciona com o objetivo deste artigo.

Os contratos paritários seriam aqueles em que as partes se apresentam em condições de igualdade, estão pareadas, e as negociações entre elas se dão com liberdade e no pleno exercício da mais ampla autonomia privada, resultando em um contrato que reflete mais fielmente a vontade dos contratantes. (GARBI, 2020). De outra parte, as relações contratuais de consumo, caracterizadas pela adesão, se dão entre partes que se apresentam de forma assimétrica, não em razão propriamente da diferença econômica entre elas, mas em razão do déficit informacional, que caracteriza especialmente a vulnerabilidade do consumidor. (GARBI, 2020).

Já o contrato de adesão é caracterizado como aquele em que uma das partes estipula todas as cláusulas a que a outra adere sem poder modificá-las. Desse modo, o contrato de adesão tem como característica principal a ausência de participação de uma das partes na estipulação das cláusulas contratuais, de forma que a parte inativa simplesmente a elas adere. (SOILBEMAN, 2004).

Existem duas figuras nessa modalidade, o contrato por adesão e o contrato de adesão. O primeiro seria aquele no qual as cláusulas já estão previamente estipuladas sem possibilidade de modificação pelo aderente, enquanto o segundo seria modificável, de tal maneira que se o aceita no seu todo ou não. Observe-se que a inclusão de cláusula no formulário não exclui a condição adesiva, conforme preceitua o § 1º do art. 54 do CDC. Opõe-se, portanto, ao chamado contrato de mútuo acordo, no qual as cláusulas são convencionadas, ponto a ponto. (NELSON JUNIOR, 1999, p. 551). O Novo Código Civil versa sobre o tema, nos Arts. 423 e 424, o seguinte:

Art. 423. Quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente.

Art. 424. Nos contratos de adesão, são nulas as cláusulas que estipulem a renúncia antecipada do aderente a direito resultante da natureza do negócio.

A doutrina entende que este tipo de contrato é caracterizado pela imposição unilateral de cláusulas. Desse modo, não havendo a expressa declaração da vontade, ou intenção direcionada para os efeitos jurídicos contratuais que embasa a própria teoria do negócio jurídico, o que, dito em outras palavras, significa que o agente não deseja realizar nenhum negócio jurídico, quer simplesmente usufruir de um produto ou serviço. (GONÇALVES, 2004).

O contrato de adesão de uma relação jurídica obrigacional, estaria muito mais próximo do ato jurídico que do negócio jurídico. Desse modo, é diferente do contrato paritário, afastando inteiramente a reciprocidade convencional pela qual as partes ponderam em mútuo acordo, para alcançar, através das cláusulas, os efeitos por elas queridos e estimados. (AQUINO, 2021, p. 384).

Seguindo, convém reproduzir a definição do CDC, art. 54º, quanto ao contrato de adesão: “Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.”.

Desse modo, são nulas as cláusulas que importem em renúncia de direitos, como a cláusula de não indenizar, renúncia a demandar pela evicção, vícios redibitórios (CDC, art. 51, I e NCC, art. 424), entre outras. O contrato de adesão rege-se pelo princípio da transparência, devendo ser claras as suas cláusulas, de forma que em caso de dúvida, ambiguidade ou contrariedade serão as mesmas sempre interpretadas em favor do aderente (art. 423 do NCC e 54, § 3º do CDC). Neste prima, também é aplicável o princípio da legibilidade, pelo qual se determina que as cláusulas que implicarem em limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão. (art. 54, § 4º do CDC).

As características do contrato de adesão são: a relativização do princípio da autonomia da vontade; a superioridade técnica de uma das partes; a ausência de deliberação prévia por uma das partes; a uniformidade e imutabilidade de suas cláusulas. (MELO, 2003).

Os contratos de planos de saúde, por via de regra, são considerados como contratos de adesão. O CDC traz o conceito de contrato de adesão, *in verbis*:

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

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

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

§ 3º Os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor.

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

Com base nas disposições do artigo 54 do CDC e seus demais parágrafos, fica evidente a principal característica desses contratos, que é o fato de serem elaborados de forma unilateral pelas empresas, não havendo uma negociação entre fornecedores e consumidores. Eventualmente, existem regras para a sua elaboração, o legislador estabeleceu de que maneira eles devem ser produzidos, a fim de evitar abusos em relação ao consumidor, posto que, em contratos desta natureza existe uma relação de hipossuficiência entre os fornecedores e consumidores.

Na área da saúde, tais relações contratuais também se observam entre as operadoras dos planos de saúde e seus usuários. Para entender melhor como isso se processa, torna-se necessário explicar os contratos de planos de saúde:

Os contratos de planos de saúde também se caracterizam como contratos cativos de longa duração, em que o usuário dos serviços de saúde coloca-se em situação de dependência em relação à operadora, havendo a legítima expectativa de manutenção do vínculo contratual por tempo indeterminado. A esse tipo de contrato dá-se o nome de contratos de trato sucessivo (TRETTEL, 2010, p.68).

Assim, pode-se inferir que os planos de saúde são contratos de adesão de trato sucessivo, que têm como característica o prazo indeterminado do contrato (contrato de longa duração), previsibilidade e proteção contra os riscos futuros, no qual os contratantes (usuários) são a parte hipossuficiente deste processo.

Existe um rol extenso de práticas abusivas adotadas pelas operadoras dos planos de saúde que abarcam as seguintes variáveis: a imposição de limitação quanto ao tempo de internação; a negativa de cobertura em relação a certas doenças e realização de procedimentos; a negativa em realizar tratamento para as denominadas doenças pré-existentes; a suspensão ou rescisão do contrato de forma unilateral e arbitrária, dentre outros abusos. (MELO NETO, 2010).

Em decorrência da pandemia de COVID-19, que teve seu pico nos anos de 2020 e 2021, as prestadoras de serviço de saúde com contratos de adesão, se utilizaram de lacunas no ordenamento para ficarem inertes quanto aos atendimentos, negligenciando e se ausentando da responsabilidade de cumprir com as obrigações estipuladas nos contratos, assim, utilizando como fundamento para falta de cobertura nos atendimentos e tratamentos. Desse modo, houve superlotações nos locais de assistência a saúde, fazendo com que recaísse sobre o Estado a responsabilidade de suprir a demanda. Período este, que resultou em contratos genéricos por parte das prestadoras de saúde privadas, com o intuito de ser aplicáveis a todos, sem perícia correta. Diante das lacunas deixadas pelas medidas tomadas pelo governo, ou, a falta delas, os contratos de assistência à saúde servem para suprir as demandas que não podem ser sanadas com urgência ou conveniência pelo Sistema Único de Saúde, nos termos do artigo 199 da Constituição Federal. (CANTO, 2012).

O consumidor ficou à mercê dos objetivos patrimoniais do mercado de saúde privada, onde há espaço para a livre iniciativa por falta de rigor jurídico. Com isso, as empresas exercem suas funções de acordo com suas necessidades, não havendo referência para determinação de preços ou serviços prestados aos clientes. Os consumidores acabam sofrendo abusos e arbitrariedade por ser parte a parte mais frágil da relação contratual. (BIONDI, 2009).

Cabe às Operadoras dos Planos de Saúde - OPS, independentemente da existência de culpa, a reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, como previsto no art. 14 do CDC. Desse modo, se as operadoras dos planos de saúde descumprirem o que foi firmado nos contratos, por qualquer motivo, estarão desrespeitando a sua função social.

Nesse prisma, o STJ, reafirma a importância da função social dos contratos, quando vislumbra que no contrato de adesão do plano de saúde, as OPS possuem obrigação de zelar pelo consumidor, visando evitar casos de negativa de atendimento por obscuridade ou confusão sobre seus deveres, consoante se observa no seguinte julgado:

RECURSO ESPECIAL. SAÚDE SUPLEMENTAR. PLANO DE SAÚDE. PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE CONHECIMENTO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO INDICAÇÃO. SÚMULA 284/STF. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. TEORIA DA ASSERÇÃO. CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA DE USUÁRIO FINAL. MUDANÇA DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. DÉBITO AUTOMÁTICO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO. DEVER IMPUTÁVEL À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE E, POR DELEGAÇÃO, À ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. TEORIA GERAL DOS CONTRATOS. PRINCÍPIOS DA PROIBIDADE E DA BOA-FÉ. ALCANCE. COMUNICAÇÃO PRÉVIA DO USUÁRIO. INEXISTENTE. PACIENTE IDOSO. AGRAVAMENTO DA AFLIÇÃO PSICOLÓGICA. DANO MORAL. CONFIGURADO. REVISÃO DO VALOR DO ARBITRAMENTO. SÚMULA 7/STJ. EXORBITÂNCIA. NÃO CONFIGURADA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS. MAJORAÇÃO. 1. Ação ajuizada em 08/02/13. Recurso especial interposto em 25/04/16 e concluso ao gabinete em 22/11/16. Julgamento: CPC/15. 2. O propósito recursal é definir: i) se a operadora de plano de saúde é parte legítima para figurar no polo passivo de demanda em que se discute cancelamento abusivo do contrato por falha administrativa acerca da inadimplência do usuário final de plano coletivo; ii) ultrapassada a questão relativa à legitimidade passiva ad causam, se subsiste a sua responsabilidade pelos danos causados ao usuário. 3. A ausência de expressa indicação de obscuridade, omissão ou contradição nas razões recursais enseja o não conhecimento do recurso especial. 4. A Resolução Normativa 195/09 da ANS estabelece que a operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários, porque a captação dos recursos das mensalidades dos usuários do plano coletivo é de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (arts. 13 e 14). Essa atribuição pode ser delegada à administradora de benefícios, nos termos do art. 2º, parágrafo único, V, da RN 196/09 da ANS. 5. Eventual inadimplemento dos beneficiários do plano coletivo autoriza que a pessoa jurídica contratante solicite a sua suspensão ou exclusão do contrato, nos termos do art. 18, da RN 195/09 da ANS. Entretanto, para que essa conduta esteja respaldada pelo ordenamento jurídico, o contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento (art. 15, da RN 195/09). 6. A operadora de plano de saúde, embora não tenha obrigação para controlar individualmente a inadimplência dos usuários vinculados ao plano coletivo, tem o dever de informação previsto contratualmente antes da negativa de tratamento pleiteado pelo usuário. 7. A análise puramente abstrata da relação jurídica de direito material permite inferir que há obrigações exigíveis da operadora de plano de saúde que autorizam sua participação no processo, enquanto sujeito capaz de, em tese, violar direito subjetivo do usuário final do plano coletivo e, sob esta condição, passível de figurar no polo passivo de

demanda. 8. O Tribunal de origem, ao interpretar as cláusulas contratuais, registrou que a UNIMED não observou sua obrigação pois negou atendimento médico-hospitalar sem comunicar diretamente usuário final do plano de saúde coletivo. Súmula 5/STJ. 9. O descumprimento contratual, em regra, não gera dano moral. Entretanto, o agravamento da aflição psicológica do usuário de plano de saúde, que já na peculiar condição de idoso encontrou-se desguarnecido da proteção de sua saúde e integridade física em momento de risco de vida, inegavelmente configura hipótese de compensação por danos morais. 10. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa parte, não provido, com majoração de honorários advocatícios recursais.

Com isso, a despreocupação das OPS com a manutenção de seus clientes está erguendo barreiras que dificultam o cumprimento de suas obrigações originais, em violação ao pacta sunt servanda e tudo o que as obrigações contratuais possam emanar, visando somente o lucro de forma instantânea, ignorando as implicações de longo prazo. (SALUM, 2013).

Seguindo a mesma linha do CDC, disciplinou a lei dos planos de saúde, Lei 9.656/1998:

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

- I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Desse modo, quando se trata da responsabilidade das operadoras de planos de saúde frente ao atendimento ao cliente, deve-se notar que algumas delas apresentam vícios em seus serviços, não suprimindo a real necessidade de segurança do consumidor, e não atendendo integralmente ao disposto na Lei 9656/98 e no CDC. Com isso, não há dúvidas sobre a responsabilidade objetiva do plano, implicando em responsabilidade legal caso o serviço seja prestado de forma insegura. (GONÇALVES, 2017).

Tendo em vista esse caráter consumerista, bem como a vulnerabilidade do consumidor ante o poder econômico dos planos de saúde, a revisão contratual com pedido de liminar contra o plano de saúde é comumente utilizada para garantir que o que foi pactuado no contrato seja cumprido, obrigando o plano de saúde a assegurar, por meio de ordem judicial, o cumprimento do que foi pactuado no contrato.

Com esse foco, o Poder Judiciário se concentra demais na relação privada, emitindo sinais constantes de que está muito mais preocupado em se colocar à disposição do consumidor, do que encontrar o equilíbrio inalcançável que sempre deve existir entre direitos e deveres de contratante e contratado. (FREITAS, 2018.)

3.2 RELAÇÃO DE CONSUMO ENTRE O CONTRATANTE E A PRESTADORA DE SERVIÇO DE SAÚDE

O Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 6º, inciso I, prevê como direito básico do consumidor a proteção da vida, saúde e segurança, entendendo que o atendimento ou acesso à saúde, também se encaixa como prática do consumidor. (FRANÇA, 2019, p. 71).

No entanto, em nem toda relação médico-paciente ou hospital-paciente se aplicará o código de defesa do consumidor da mesma forma.

Ao se tratar de uma relação médico-paciente em que o profissional de saúde é assalariado e empregado de um hospital, fica claro que a instituição deve se responsabilizar por eventuais erros decorrentes da relação. Por se tratar de um hospital, e com isso, o caráter hipossuficiente do paciente ficará visível, o CDC intervirá como uma espécie de proteção a esse vulnerável. O diretor do hospital, médico ou não, será responsável pelo erro de seu médico empregado. (FRANÇA, 2019, p. 71).

Quando o profissional de saúde atua de forma independente do empregador, é considerado prestador de serviço único, que, nos termos do artigo 14.º do CDC, deve ser responsabilizado pelos danos causados ao consumidor, independentemente de existir ou não culpa, e se o profissional for liberal, a sua culpabilidade será apurada de acordo com o disposto no artigo 951. do Código Civil de 2002, no qual é necessário observar a negligência, imprudência ou imperícia do prestador de serviços. (CDC, 1990; CC,2002).

Como resultado, a partir dos ensinamentos acima mencionados, deduz-se que o Código de Defesa do Consumidor não se aplica à relação médico-paciente, sendo necessária uma investigação jurídica com base na lei 8.078/90 sobre as relações entre os Operadoras de Planos de Saúde e do Hospital e do paciente, de acordo com o princípio consumerista da proteção do vulnerável hipossuficiente.

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:

I - Reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo; (...)

A avaliação que leva o paciente a escolher um determinado hospital ou plano de saúde leva em consideração a viabilidade do atendimento e o zelo para atendimento médico, terceirizados, auxiliares, equipamentos diversos, entre outros fatores que influenciam na confiança do indivíduo em seu atendimento, para a sua própria saúde. Conforme estipulado no artigo 4º do CDC e na política nacional do consumo, a falta de cuidado na manutenção da saúde do consumidor resulta em responsabilidade indenizatória pelo dano. (MICHELIN, 2014).

Nesse diapasão, no CDC, o dispositivo que regulamenta as cláusulas contratuais consideradas nulas de pleno direito é o artigo 52, o qual contém 26 incisos e um parágrafo onde

são enumeradas as situações que podem caracterizar cláusulas abusivas. Em outras palavras, estabelece disposições em relação às normas consideradas exageradas, *in verbis*:

Art. 51. Considera-se nulo de pleno direito, entre outras, às cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produto e serviço que:

§ 1º presume-se exageradas, entre outros casos, a vontade que:

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

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

III - se mostra excessivamente onerosa ao consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso. (BRASIL, Código de Defesa do Consumidor).

Neste prima, as operadoras de saúde privada devem informar aos consumidores sobre todas as questões pertinentes ao contrato, contribuindo para que se previna a publicidade enganosa e abusiva, muito comum nos planos de saúde. Por isso, este dever recebe especial proteção nas relações de consumo.

De acordo com a Agência Brasil, em dados publicados em junho de 2021 existem 48,1 milhões de usuários de planos de saúde no Brasil e tal número vem crescendo a cada dia. Considerando tal dado e levando em conta que o país tem uma população estimada em 212,6 milhões de pessoas, a porcentagem de cidadãos que possuem planos de saúde é de aproximadamente 23% da população.

Atualmente os planos de saúde são líderes em reclamações nos órgãos de proteção ao consumidor, seja pela má prestação de serviço ou pelo valor exorbitante das mensalidades. Apesar de serem regulamentados pela Lei 9.656/98, o entendimento dos tribunais e doutrinadores é de que os planos de saúde também são de caráter consumerista, ou seja, podem estender suas aplicações ao Código de Defesa do Consumidor.

Quanto à aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor nas relações contratuais estabelecidas pelas Operadoras de Planos de Saúde, com foco nos aspectos negativos do atendimento ao cliente, a lei consumerista será aplicada nos moldes do Tribunal Superior de Justiça, Súmula 608 do STJ, onde este parecer foi pavimentado.

Com entendimento análogo, em 2016 foi decidido pelo STJ, com relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão, que não se aplica o CDC às relações existentes entre operadoras de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão e seus filiados (STJ. 2ª Seção. REsp 1.285.483-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016 (Info 588)).

Com isso, uma vez estabelecida a hipossuficiência do paciente, a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor tem sido amplamente reconhecida no que diz respeito aos serviços relacionados à saúde.

4 INTERPRETAÇÃO E APLICAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Quando o Judiciário atua em casos de saúde, muitas vezes é notório o desrespeito aos princípios legais, o que resulta em riscos à segurança jurídica. Quando o direito da pessoa à saúde não é atendido, seja por meio da Constituição Federal ou de lei complementar editada em resposta a ela, não há outra opção a não ser por meio do Poder Judiciário. (SARLET, 2006).

Em seu artigo 196, a Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, deixando espaço para a iniciativa privada nesse setor. Devendo ainda, o Estado exigir e impor às operadoras uma obrigação contratualmente exigível e pactuada. A base estrutural dos direitos fundamentais permite que sua influência seja sentida como “parâmetro de formatação” e interpretação da lei, bem como seu caráter processual. (SARLET, 2009).

Com a necessidade de regulamentar a saúde privada no Brasil, que antes era regulamentada apenas pelo Código Civil, era mais clara a possibilidade de vantagens para grandes corporações diante da insuficiência de consumidores. A Lei 9.656/98 estabeleceu diretrizes de ordem pública para planos de saúde e seguros privados de saúde. Ocorreram algumas alterações decorrentes desta lei, pois foram criadas regras específicas com o objetivo de proteger o consumidor deste serviço e promover o equilíbrio contratual. (LOPES, 2012).

A ausência da responsabilização das OPS nas negativas de atendimento, são fruto de uma regulamentação incompleta, seja por falta de complementação infraconstitucional ou por simples atualização. O direito fundamental à saúde, consagrado em nossa Carta Magna, é difícil de conciliar com as obrigações legais a que estamos submetidos no Código Civil. A demora no preenchimento das lacunas permite a vazão ao atendimento da necessidade hospitalar através do poder judicial. (LOPES, 2012).

A responsabilidade dos entes estatais é solidária na prestação de serviços na área da saúde, concorrendo com a autoridade judiciária para garantir que as regras de repartição de competências sejam seguidas, e que exista o ressarcimento a quem tenha suportado o encargo pecuniário, como disposto em jurisprudência:

EMENTA: CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. 1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado,

porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente. 2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. 3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes. 4. Embargos de declaração desprovidos. (RE 855178 ED, Relator(a): LUIZ FUX, Relator(a) p/ Acórdão: EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 23/05/2019, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-090 DIVULG 15-04-2020 PUBLIC 16-04-2020).

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, mas tratava-se de um novo tipo de coronavírus, que nunca tinha sido identificada antes em humanos. Existem vários tipos de coronavírus, eles são a segunda principal causa de resfriado comum, e raramente causavam doenças mais graves em humanos do que um resfriado comum. Em 11 de fevereiro de 2020, o novo coronavírus recebeu o nome de SARS-CoV-2, responsável por causar a doença COVID-19. Desse modo, a OMS trabalhou em conjunto com autoridades chinesas e especialistas globais, para pesquisar mais sobre o vírus, como ele afeta as pessoas que estão doentes, e como podem ser tratadas. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Desse modo, buscou-se combater a propagação do vírus. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022). Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. A designação de estado de pandemia, reconhece que no momento existem surtos da doença em vários países e regiões do mundo. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022).

Em tempos de pandemia, é necessário um entendimento fundamental das causas que engajam a investigação judicial, pois, diante das crises globais a que está submetido o sistema judiciário, como evidenciado pela decisão Covid-19, é preciso enxergar saúde e seu aspecto de denegatório de tratamento por terceiros. (RONCHI, 2020).

As demandas por resolução judicial de questões relacionadas à saúde poderiam ser evitadas se os prestadores de serviços de saúde seguissem o disposto na lei vigente, adotando uma postura para evitar conflitos. Outra opção para reduzir esses tipos de demandas seria promover o tratamento de litígios de clientes na esfera administrativa. (ALMEIDA, 2020). As

OPS não podem alegar que são incapazes de suportar o peso de muitas pessoas em situação de pandemia, uma vez que o plano deve prestar assistência à saúde àqueles que contraíram individualmente e buscam assistência de saúde global. (GREGORI, 2020).

No dia 21 de Novembro de 2022, pós pandemia, foi publicada a Lei Nº 14.454 no Diário Oficial da União, que desconstruiu a ideia de “rol taxativo” para a cobertura de planos de saúde. Desse modo, as operadoras de assistência à saúde poderão ser obrigadas a oferecer cobertura de exames ou tratamentos que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar (Reps), como é o caso dos tratamentos de Covid-19 que não estavam inclusos.

A norma é oriunda do Projeto de Lei (PL) 2.033/2022, aprovado em agosto de 2022 no Senado. Desse modo, estabelecendo que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Reps), atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), será apenas referência básica para os planos privados de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Portanto, caberá sempre à ANS editar norma com a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e procedimentos de alta complexidade. (AGENCIA SENADO, 2022).

Em via de regra, tratamentos fora dessa lista deverão ser aceitos, desde que, cumpram uma das condicionantes: ter eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ter recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); ou ter recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional. (AGENCIA SENADO, 2022).

A legislação foi uma resposta à mobilização de grupos de defesa de pacientes contra a decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que foi tomada em junho de 2022, que previa que os planos de saúde só seriam obrigados a cobrir os tratamentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Destarte, a sanção da nova lei significa que milhões de pessoas voltarão a ter seus tratamentos, terapias e medicamentos custeados pelos seus planos de saúde (FARIA, 2022).

O senador Fabiano Contarato se manifestou sobre a publicação da lei afirmando que houve “Vitória social: sancionada a lei aprovada pelo Congresso obrigando planos de saúde a cobrirem tratamentos fora da lista da ANS. O STJ havia derrubado esse direito, que restabelecemos em lei para atender a milhares de pessoas no tratamento de doenças.”. (CONTARATO, 2022). Partindo deste prisma, é inegável a responsabilidade das operadoras de saúde privadas, no tocante ao que cerne a cobertura dos atendimentos e tratamentos relativos aos casos de COVID-19 no Brasil.

Diante do exposto, é no direito de defesa da saúde que se faz necessária a manutenção do previsto constitucionalmente, seja ele pelo Sistema Público ou dos Planos de Saúde Privados, sendo esses últimos frutos de negócios jurídicos contratuais reconhecidos pelo Código Civil e pelo Código de Defesa do Consumidor atuais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No deslinde desta problemática, observou-se, no decorrer da presente pesquisa, que a saúde é um direito individual e social sob a responsabilidade do Estado, dependendo, portanto, de políticas sociais e econômicas, bem como de leis para regulamentar esse direito que é essencial para existência humana. Neste sentido, a saúde como um todo é fiscalizada e gerenciada pelo Estado, que oferta ao cidadão a saúde pública e permite e regulamenta a prestação pela iniciativa privada.

Destarte, os planos de saúde privada não podem mais se valer do artigo 393 do Código Civil, para se abster da responsabilidade com os seus aderentes devido à pandemia. Portanto, em situação de pandemia as prestadoras de saúde privadas devem realizar uma análise prévia, para evitar danos maiores aos seus usuários, buscando sempre o melhor para o consumidor.

O cerne desta pesquisa foi a atuação das prestadoras de serviço privado de saúde, que tem caráter complementar a pública. Assim, foi possível constatar que os planos de saúde, que são geridos pelas operadoras e fiscalizados pelo Estado, são os meios pelos quais a iniciativa privada tem como oferecer à população os serviços de saúde.

Existe regulamentação específica para os planos de saúde no ordenamento pátrio. No entanto, o CDC também é utilizado para solucionar problemas jurídicos, notadamente o descumprimento de cláusulas contratuais, ou a não observância da obrigação de fazer. Porquanto, nestas situações de conflito entre as leis deverá sempre prevalecer a que for mais benéfica para o consumidor, considerando também as cláusulas contratuais.

No Brasil, a responsabilização pela falta de atendimento não é uma novidade advinda da pandemia de COVID-19, como foi vislumbrado nas pesquisas e jurisprudências abordadas. Contudo, o atendimento necessário nem sempre é feito como previsto, tendo em vista a prestação de serviços privados de saúde é um dos setores mais problemáticos do cenário brasileiro. A judicialização é a estratégia mais comuns para que se possa alcançar determinados tratamentos ou medicamentos, devido à burocracia inerente para que o consumidor seja ouvido pela prestadora do serviço de saúde.

A recente pandemia de COVID-19, trouxe uma sobrecarga não só dos hospitais como das vias judiciais, reflexo do aumento da procura por tratamentos precoces e internações, visto que a demanda pelos atendimentos primários se tornou cada vez maior e massivo repentinamente. Desse modo, a falta de organização e despreparo pela maioria dos meios de saúde, SUS e planos de saúde privados, gerou um problema gigantesco, e com a imprevisibilidade veio a lacuna no ordenamento sobre a responsabilização de tais pressupostos.

Após várias reviravoltas no mundo legislativo e judicial, foi estabelecido finalmente que, via de regra, o rol dos procedimentos previstos para cobertura pelos planos de saúde se tornou exemplificativo, onde os consumidores terão direito à cobertura dos tratamentos que não estão inclusos no rol, ou seja, as operadoras de assistência à saúde poderão ser obrigadas a oferecer cobertura de exames ou tratamentos, como é o caso dos tratamentos de Covid-19 que não estavam inclusos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliana. “**Novo coronavírus (covid-19) e a judicialização da saúde no Brasil em ...**” *Migalhas*, 9 de abril de 2020, <https://www.migalhas.com.br/depeso/324342/novo-coronavirus--covid-19--e-a-judicializacao-da-saude-no-brasil-em-tempos-de-enfrentamento-a-criese-e-medidas-emergenciais>.

AQUINO, Leonardo Gomes de. **Teoria Geral dos contratos** /Leonardo Gomes de Aquino, Belo Horizonte Editora Expert 2021.

BIONDI, Felipe, **Plano de Saúde X Direito do Consumidor: Desvio de Finalidade**. 2009 Disponível em www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/K212820.pdf Acesso: 07 jun.2022.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. *L8078compilado*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acessado 26 de outubro de 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. *Constituição*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado 26 de outubro de 2022.

CARVALHO, Mariana. **RESPONSABILIDADE DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE FRENTE A PANDEMIA DE COVID19**. *Massicanos advogados*, [S. l.], p. 1-1, 7 jun. 2022. DOI <https://massicano.adv.br/direito-civil-e-do-consumidor/responsabilidade-das-operadoras-de-planos-de-saude-frente-a-pandemia-de-covid19/>. Disponível em: <https://massicano.adv.br/direito-civil-e-do-consumidor/responsabilidade-das-operadoras-de-planos-de-saude-frente-a-pandemia-de-covid19/>. Acesso em: 7 jun. 2022.

CARVALHO, Mariana. **Responsabilidade dos planos de saúde durante a pandemia.**

Migalhas, 2020. Disponível em:

<https://www.migalhas.com.br/depeso/329784/responsabilidade-dos-planos-de-saude-durante-a-pandemia>. Acesso em: 15, setembro de 2022.

CDC Comentado, pg. 551, Ed. Forense Universitária, 6ª Edição, 1999.

COELHO, Fábio Ulhôa. **Curso de direito civil, 3: contratos** / Fábio Ulhoa Coelho. 5. ed. São Paulo :Saraiva, 2012.

CONJUR. 1 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-jul-01/garantias-consumo-impacto-coronavirusplanos-saude-brasil> Acesso em 06 de jun de 2022.

Contratos - Conceitos gerais - Resumo de Direito - DireitoNet.

<https://www.direitonet.com.br/resumos/exibir/191/Contratos-Conceitos-gerais>. Acessado 16 de outubro de 2022.

Direito Civil, II, Teoria Geral das Obrigações e Teoria Geral dos Contratos, pg. 384, 3ª Edição, Ed. Atlas, São Paulo, 2003).

eroIncidente=RE%20855178. Acessado em: 26 out. 2022.

FARIA, Romário de Souza, **Publicada lei que derruba rol taxativo para cobertura de planos de saúde.** Senado notícias. 2022. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/09/22/publicada-lei-que-derruba-rol-taxativo-para-cobertura-de-planos-de-saude#:~:text=Assim%2C%20as%20operadoras%20de%20assist%C3%A2ncia,fim%20de%20agosto%20no%20Senado>.

FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/direito-a-saude>. Acesso em: 15, setembro de 2022.

FRANÇA, Genival Veloso. **Direito Médico;** Paraíba, Editora Forense. 2019.

FREITAS, Marco Antônio Barbosa de. **A responsabilidade civil nos contratos de plano de saúde em face da dupla intervenção estatal neles realizada: a experiência no UNIVALI.**

Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Estado de São Paulo. Itajaí., v.13, n.2. 2018. Disponível em: www.univali.br/direitopolitica - ISSN 1980-7791 Acesso: 60 de junho de 2022.

GARBI, Carlos Alberto. **“Os contratos paritários na Teoria Geral dos Contratos - Uma visão ...”**

Migalhas, 4 de novembro de 2020, <https://www.migalhas.com.br/coluna/novos-horizontes-do-direito-privado/335834/os-contratos-paritarios-na-teoria-geral-dos-contratos---uma-visao-critica>. Acessado em 10 de novembro de 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, Carlos Roberto, **Direito Civil. Contratos e Atos Unilaterais.** 12ª Edição, São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro. Vol. III.** São Paulo: Editora Saraiva, 2004.

GOVERNO DO BRASIL. **Constituição Federal reconhece saúde como direito fundamental.** *Serviços e Informações do Brasil*, <https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>. Acessado 15 de outubro de 2022.

GREGORI, Maria Stella. **O impacto do novo coronavírus nos planos de saúde no Brasil. Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS** | *Organização Pan-Americana da Saúde*. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acessado 15 de outubro de 2022.

INSPER, Conselho Nacional de Justiça. **Demandas judiciais relativas à saúde crescem 130% em dez anos. 2020.** Disponível em <https://www.cnj.jus.br/demandas-judiciaisrelativas-a-saude-crescem-130-em-dez-anos/> Acesso em 05/06/2022.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MELO NETO, Gonçalves Ribeiro. **“Conteúdo Jurídico”.** *Conteúdo Jurídico*, <https://conteudojuridico.com.br/>. Acessado 10 de novembro de 2022.

MELO, Marco Aurélio Bezerra de. in **Novo Código Civil Anotado, III, Contratos**, Tomo I, Ed. Lumen Juris, Rio de Janeiro - RJ, 2003.

ORDACGY, André da Silva. **“O direito humano fundamental à saúde pública”.** *Revista da Defensoria Pública da União*, nº 01, 2009. revistadadpu.dpu.def.br, <https://doi.org/10.46901/revistadadpu.i01.p%p>. Acessado em 10 de novembro de 2022.

RONCHI, Renzo Giacomo. **Em tempos de pandemia, a judicialização da saúde precisa ser racionalizada.** CONJUR. 18 de abril de 2020. Disponível <https://www.conjur.com.br/2020-mai-18/renzo-ronchi-judicializacao-saude-durantepandemia?imprimir=1> Acesso em 05 de junho de 2020.

SALUM, Pietro Zinezi Negrão, **A Função Social Dos Contratos de Assistência à Saúde.** 2013 https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh-12174 Acesso: 05 de junho de 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais / Ingo Wolfgang Sarlet.** **Imprensa:** Porto Alegre, Livro. do advogado, 2006.

Supremo Tribunal Federal. **Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde.** Relator: MIN. LUIZ FUX. Leading Case: RE 855178. 2014 *Pesquisa de jurisprudência - STF*. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&sort=_score&sortBy=desc&isAdvanced=true&origem=AP&classeNum

TARTUCE, Flávio, **Direito Civil – Teoria Geral dos Contratos em Espécie, METODO**, 6º edição, São Paulo, 2011.

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

VENOSA, Silvio de Salvo Venosa, **Direito Civil, Teoria Geral das Obrigações e Teoria Geral dos Contratos**, 10ª edição, ATLAS, São Paulo, 2010.