

PAULO HENRIQUE HORÁCIO DE OLIVEIRA

**PLANOS DE SAÚDE: interface entre responsabilidade civil e o
Código de Defesa do Consumidor**

CURSO DE DIREITO – UniEVANGÉLICA

2018

PAULO HENRIQUE HORÁCIO DE OLIVEIRA

PROJETO DE MONOGRAFIA

**PLANOS DE SAÚDE: interface entre responsabilidade civil e o
Código de Defesa do Consumidor**

Projeto de monografia apresentado ao Núcleo de Trabalho Científico do curso de Direito da UniEvangélica, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação da professora Mestre Karla de Souza Oliveira.

ANÁPOLIS – 2018

PAULO HENRIQUE HORÁCIO DE OLIVEIRA

**PLANOS DE SAÚDE: interface entre responsabilidade civil e o
Código de Defesa do Consumidor**

Anápolis, ____ de _____ de 2018.

Banca Examinadora

RESUMO

A presente monografia tem por objetivo verificar a Lei dos Planos de Saúde 9.656/98 sob a perspectiva da responsabilidade civil e o Código de Defesa do consumidor. A relação jurídica contratual existente através dos contratos de planos de saúde pode ser considerada como relação de consumo, pois se verificam a existência da figura dos consumidores, pessoas físicas ou jurídicas, que aderem o serviço buscando o melhor atendimento na área da saúde. Está dividida didaticamente em três capítulos. Inicialmente decorre sobre o início dos planos de saúde no Brasil, identificando suas características e sua legislação aplicável. No segundo capítulo analisa-se a responsabilidade civil que ambas as partes possuem dentro de um contrato privado de plano de saúde, destacando a hipossuficiência do consumidor perante as grandes empresas. Por fim, o terceiro capítulo trata da regulamentação jurídica do código de defesa do consumidor, abordando contratos, cláusulas e jurisprudências aplicáveis ao caso concreto.

Palavra chave: Contrato. Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I – PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	03
1.1 Evolução Histórica.....	03
1.2 Características	04
1.3 Legislação Aplicável	06
1.4 Destinação entre Plano e Seguro de Saúde	11
CAPÍTULO II – RESPONSABILIDADE CIVIL NOS PLANOS DE SAÚDE	15
2.1 Responsabilidade Civil	15
2.2 Aplicação nos Planos de Saúde	17
2.3 Das Indenizações.....	20
2.4 Dano Moral e Material	22
CAPÍTULO III – REGULAMENTAÇÃO JURÍDICA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR	25
3.1 Contratos de Planos Privado de Assistência a Saúde.....	25
3.2 Cláusulas Contratuais Gerais e Cláusulas Abusivas	28
3.3 Direitos do Consumidor em Geral	30
3.4 Jurisprudências Julgadas pelos Tribunais Superiores.....	31
CONCLUSÃO	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico tem o objetivo central de análise sobre os Planos de Saúde no Brasil, sua utilização e metodologia aplicada, visando mostrar as características, a legislação que é utilizada para proteger os consumidores que aderem ao plano de saúde.

Enfatizam-se pesquisas realizadas, por meio de compilação bibliográfica, bem como jurisprudências e normas do sistema jurídico brasileiro. Assim sendo, pondera-se que, este trabalho foi sistematizado de forma didática, em três partes.

O primeiro capítulo fomenta o desenvolvimento histórico dos planos de saúde durante sua adaptação ao sistema brasileiro, caracterizando como se estabeleceu ao decorrer de todo este tempo, sendo protegidos os seus dependentes com o Código de Defesa do Consumidor para garantir os direitos de quem adere ao benefício.

O segundo capítulo trata da responsabilidade civil dos planos de saúde, sua aplicabilidade no âmbito jurídico brasileiro, mostrando a diferença entre as empresas tomadoras deste tipo de serviço com os beneficiários que são os consumidores tornando-se automaticamente a parte hipossuficiente dessa relação.

Por conseguinte o terceiro capítulo mostra a regulamentação jurídica do código de defesa do consumidor, sua aplicabilidade na jurisprudência brasileira, expondo o entendimento dos tribunais diante dessa relação de consumo que trata o negócio jurídico realizado entre operadoras de saúde e seus usuários. As cláusulas

contratuais abusivas que prejudica o consumidor e as que ferem seus direitos.

O trabalho científico realizado aguarda colaborar, mesmo que de forma simples, para a melhor compreensão do assunto desenvolvido, indicando observações fontes secundárias, tais como posições doutrinárias e jurisprudenciais relevantes, a fim de serem aplicadas quando do confronto judicial com o tema em relação ao caso concreto.

CAPÍTULO I – PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

O presente capítulo trata sobre os Planos de Saúde no Brasil abordando sua evolução histórica, em seguida serão destacadas as características desses serviços, aonde o cidadão paga, para se ter um atendimento privilegiado diante da precária saúde pública. A legislação que rege estes planos será examinada, discorrendo sobre seus pontos principais e seus direitos diante o Código de Defesa do Consumidor. Por fim, será discutida a distinção entre Plano e Seguro de Saúde, demonstrando como cada um será usado e as formas que são utilizadas para trabalhar com os seus beneficiários.

1.1 Evolução histórica

O surgimento das operadoras de saúde no Brasil foi implementado de uma maneira em longo prazo, entretanto, dotado de constantes avanços até chegar ao atual modelo de assistência privada à saúde, os planos de saúde em geral. “Até o final da década de 40, a saúde não fazia parte do orçamento público. Não havia políticas de investimento no setor, o Estado só se preocupava com o desenvolvimento tecnológico e com o avanço industrial”. (ÂMBITO JURÍDICO, 2018, *online*).

Somente no fim da 2ª guerra mundial o estado começou a se preocupar com a saúde pública. Contudo, o setor privado iniciou seu progresso na saúde, mesmo timidamente, ligando seus investimentos, às instituições filantrópicas, organizadas de forma solidária pela própria população por meio de fundos mútuos. Sua institucionalização formal se deu nas décadas de 20 e 30, quando surgem os

primeiros esquemas de assistência privada à saúde voltada para os trabalhadores. (GREGORI, 2007).

As grandes empresas do século XX, foram as primeiras a aderir os planos e seguros de saúde, tem interessante histórico da prestação desses serviços no país, que teve origem nos serviços de assistência privada dos funcionários de uma empresa montadora de veículos automotores na década de 1960. (BARBUGIANI, 2015).

Nos anos 60 e 70, houve uma grande mudança na área suplementar da saúde no Brasil, “ocorre o grande boom da contratação coletiva de planos de saúde. Eram os chamados convênios médicos entre entidades empregadoras e empresas médicas” essa significativa mudança foi relevante pelo fato dos serviços privados de saúde adentrar de uma forma mais complexa no mercado. (GREGORI, 2007, p.107)

Em 1980, foi aprovada a Lei nº 6839/80, “que obrigou essas empresas a se registrarem junto aos órgãos competentes para a fiscalização do exercício profissional relacionado com sua atividade básica”. Essa fiscalização era para se ter um controle sobre os serviços prestados por essas companhias, começando assim um policiamento que tinha a intenção de garantir a eficácia desses serviços, para que essas operadoras realizem trabalhos adequados. (GREGORI, 2007, p.109)

Com isso, o setor não se paralisou, evoluindo frequentemente até chegar-se ao longo processo legislativo para criar uma Lei que regulamentasse o setor. Surge, então, a Lei nº 9656/98, ‘Lei dos Planos e Seguros de Saúde’, a qual sofreu ainda várias transformações por meio de medidas provisórias, mas é atualmente a que dita às regras às operadoras de planos e seguros de saúde, combinada com o Código de Defesa do Consumidor protegendo o direito dos beneficiários.

1.2 Características

As empresas que fornecem os serviços de saúde na área privada têm o objetivo e dever de atender seus beneficiários na forma como se foi acertada em

contrato. Cumprindo todas as cláusulas e exigências que estiver tanto no contrato, quanto o que a legislação prevê. Para apresentar características profundas, deve ser observado a Lei nº 9.656/98, artigo 1º, inciso I.

[...] Art.1º—Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1988, *online*) [...]

É difícil a missão de se definir o que realmente é plano de saúde, pois pela sua complexidade nem a Lei que a rege o faz com clareza. “De acordo com a Lei nº 9.656/98 qualquer empresa que comercialize plano de saúde é uma operadora de plano de saúde, seja na modalidade de seguradora, autogestão, medicina de grupo, cooperativa médica”. Quaisquer dessas companhias necessitam estar certificadas na ANS, assim como os seus produtos (os planos) que apresentar ao beneficiário.

Mesmo com a dificuldade de estabelecer uma forma concreta de definição do que é Plano de saúde, André Lazzarini Salazar expõe:

[...] É qualquer tipo de contrato que envolva a prestação de serviços de saúde ou a cobertura dos custos desses serviços, seja pelo mecanismo de reembolso de despesas pagas pelo próprio consumidor ao prestador, seja pelo fornecimento de uma rede credenciada prestadora de serviços. Para tanto, o consumidor paga uma mensalidade e dependendo do caso, arca também com outros custos como franquias e co-participação. (2007, p. 26)

Na legislação que rege as operadoras de saúde, existem alguns pontos específicos que merecem serem especificados e discutidos com atenção. Quando se fala de Cobertura Parcial Temporária de Lesões e Doenças Preexistentes, “não

pode haver negativa de atendimentos relacionados a lesões preexistentes depois de decorridos dois anos da assinatura do Contrato. O ônus da prova da preexistência é da Operadora". (BRASIL, 1998, *online*)

Deste modo fica comprovado que se não passados os dois anos de início do contrato entre consumidor e empresa contratante, caso ocorra alguma negativa com justificativa de preexistência, o ônus para se provar é da operadora de saúde. Retirando essa obrigação do usuário, já que não foi imposto para o mesmo nenhum tipo de restrição sobre o assunto na concordância do contrato.

Outro grande problema enfrentado entre consumidor e as empresas de planos de saúde é a carência. A carência é o período em que o usuário tem que aguardar para ter o direito de cobertura do plano, esse tempo de espera para liberação de procedimentos tem que estar especificado em contrato. ``Porém a uma variação no período de carência, sendo que urgência e emergência o prazo estabelecido em Lei é de 24 horas, nos demais casos podendo chegar a 180 dias e para parto a lei estabelece 300 dias.`` (BRASIL, 1998, *online*)

Desta forma, chega-se a conclusão que os contratos de planos de saúde revelam-se como uma típica relação de consumo, da qual se retira a figura do consumidor, do fornecedor e da prestação de serviço, o que revelam a aplicabilidade do direito do consumidor, bem como os princípios que o norteiam. (MARQUES, 2003).

1.3 Legislação Aplicável

A saúde suplementar passou por várias modificações no passar dos anos, como até mesmo já foi citado nesta pesquisa. Foram várias transformações e desafios no decorrer desse período, sempre havendo alguma lacuna, ou defeito que precisava ser corrigido para que os consumidores não saíssem prejudicados e nem lesados.

Essas transformações e desafios ocorreram pela novidade que este serviço trazia. Qualquer de tipo de inovação no mercado traz consigo dúvidas e

maneiras de como se agir, ainda mais se tratando de saúde, aonde há interesses e preocupações de todos, de um tema que traz consigo riscos até mesmo de vida para os usuários, isto nos faz refletir o porque de tantas mudanças que ocorreu sobre este tema no decorrer dos anos.

Os planos de saúde tenham a sua existência datada nas décadas de 30, 40, porém somente no ano de 1998, é que uma lei específica fora criada para regulamentar o setor de maneira específica, mas após muita pressão social, que realmente estas operadoras de saúde foram acontecer no Brasil, porém com muitos conflitos, irregularidades e até mesmo omissões no início de sua constituição.

[...] Ao condicionar a atuação da Administração à edição de lei, a Constituição também impôs o dever de legislar. Todavia, a proposição de legislação específica para o setor de planos de saúde pelo Poder Executivo e sua posterior votação pelo Congresso Nacional, tardaram e somente aconteceram depois de muita pressão social. A lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98) só entrou em vigor mais de dez anos depois da Constituição. Com a ausência de regulamentação criou-se um ambiente propício para que operadoras de plano de saúde cometessem abusos, sendo numerosos os conflitos com usuários. O setor, no que diz respeito aos parâmetros de prestação de serviços, formou-se segundo suas regras, sem regulação ou regulamentação do Estado. (TRETTEL, 2010).

Por conta dessa omissão legislativa até o ano de 1998, surgiu uma divergência acerca da aplicação da legislação, aos contratos celebrados após a entrada em vigor da Lei nº 9.656/98 e os celebrados anteriormente. Criou-se uma grande dúvida e controvérsia de como seria discutido esses termos que foram firmados antes da legislação. Sendo assim quem tinha realizado o contrato antes da lei que rege as operadoras de saúde, necessitavam realizar uma migração de contrato para a nova legislação, para somente então ter seus planos regidos pela por está nova lei.

Anteriormente a entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde, os contratos também era divididos entre aqueles celebrados antes da vigência do Código de Defesa do Consumidor Lei 8.078/90 e após a vigência destes. O que também se criava uma grande confusão a respeito da aplicação de qual legislação poderia se determinar. Neste caso o Código de Defesa do Consumidor se sobressaia, pois existia uma preocupação maior com o consumidor, trazendo os

seus direitos especificados na legislação. (MELO NETO; 2010).

Apesar da insegurança da aplicabilidade, os contratos celebrados antes da vigência do Código de Defesa do Consumidor eram regulados pelo Código Civil, com exceção dos contratos de seguro saúde, que eram regulamentados pelo Decreto Lei nº 73/66. É importante discorrer qual legislação era aplicada aos contratos pactuados antes da vigência do Código de Defesa do Consumidor, pela importância do tema, e como era feito antes desse código.

Segundo o entendimento da autora Daniela Batalha Trettel, sobre os contratos celebrados antes da sua vigência, por serem os contratos de planos de saúde cativos, de trato sucessivo, qual seja:

[...] O Código de Defesa do Consumidor foi um divisor de águas na defesa do usuário de planos de saúde diante das práticas restritivas de direito das operadoras de planos de saúde. Em vigor a nova lei, começou o debate acerca da sua aplicabilidade aos contratos anteriores a ela. Contratos anteriores à vigência do Código de Defesa do Consumidor. O Superior Tribunal de Justiça entende que o contrato de plano de saúde é contrato de trato sucessivo, caracterizado pela prestação continuada no tempo, sendo o Código de Defesa do Consumidor aplicável aos fatos que ocorreram após a sua entrada em vigor. 'a questão fundamental a ser dirimida é sobre a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, considerando que o contrato é anterior. Mas, na minha compreensão, esta terceira turma já decidiu eu nos contratos de execução continuada incide o Código de Defesa do Consumidor (Resp nº 331.860/RJ, DJ de 5/8/02), não sendo os fatos narrados anteriores a sua vigência (...) No mesmo sentido ainda os Recursos Especiais 244.847/SP, julgamento em 19/5/05, relator Ministro Pádua Ribeiro; 735.168/RJ e 986.947/RN, ambos julgados em 11/3/08 e relatados pela Ministra Nancy Andrichi (2010, p. 96)

Logo, no entendimento acima verifica-se que o Supremo considera os contratos de planos de saúde sucessivos, uma forma continuada de se trabalhar pois existem cláusulas de renovação nesses referidos contratos, que são atualizadas anualmente, sendo assim aplicável para os consumidores que aderiram antes da vigência do Código de Defesa do Consumidor, que este seja o seu norteador diante de litígios.

A cerca da discussão têm-se agora os contratos criados após a realização da Lei dos Planos de Saúde. A grande questão surge de como esses novos acordos

serão regidos, o óbvio é que a nova LEI que seja responsável por conduzir estes novos contratos. Porém, o Código de Defesa do Consumidor também adentra nessa esfera.

Relaciona-se que o Supremo Tribunal Superior pleiteia anteriormente que os contratos realizados antes do Código de Defesa do Consumidor, seriam regulamentados por ele, por entender que estes acordos firmados entre usuários e empresas de plano de saúde eram sucessivos e renovados, e por este código trazer benefícios mais específicos para o consumidor, seria viável segundo entendimento do supremo regular os contratos.

Para os contratantes que tiverem celebrado o contrato de plano de saúde após a vigência da Lei dos Planos de Saúde, é possível aplicar tanto a referida Lei, quanto o Código de Defesa do Consumidor, ante a complementaridade existente entre os dois diplomas jurídicos. Acontece isso para os consumidores não saírem lesados de alguma forma.

Existe uma continuidade de direitos aos usuários entre a Lei dos Planos de Saúde e o Código de Defesa do Consumidor, uma complementação que visa por óbvio a proteção dos direitos dos seus beneficiários, para que na omissão ou falta de ação de uma legislação a outra está para que o consumidor tenha uma segurança completa nos seus contratos firmados.

[...] A Lei dos Planos de Saúde mantém com o Código de Defesa do Consumidor uma relação de complementaridade, descendo a minúcias do setor que não precisam e não devem estar no código, que se propõe uma lei que traga "perspectiva e diretrizes". Não existe conflito de leis no tempo. Lei 9656/98 e CDC são aplicados concomitantemente aos planos de saúde. E havendo silêncio da lei específica, ou sendo esta inaplicável, aplica-se somente o Código, que trata indistintamente de todas as relações de consumo. (TRETTEL, 2010, *online*)

Se o contrato fora celebrado antes da vigência do Código de Defesa do Consumidor, deverá ser aplicado este, em razão de os contratos de plano de saúde ser contratos de trato sucessivo. Aos convênios celebrados entre a vigência do CDC e antes da vigência da Lei dos Planos de Saúde, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor. Já os contratos celebrados após a vigência da Lei nº 9656/1998,

aplicam-se as hipóteses de legislação em regime de complementaridade. (LOPES; 1998).

A Lei dos planos de saúde publicada em 04 de junho de 1998 dispunha sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Foi alterado por sucessivas medidas provisórias até a Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, atualmente em vigor. Essas alterações se dão por conta das adaptações que as leis sofrem com o decorrer do tempo, e também por conta de diagnósticos raros que antes não existiam.

As operadoras de plano de assistência à saúde devem arcar com o ônus da prova, e demonstrar o conhecimento prévio ao consumidor ou beneficiário. A lei prevê que não pode haver qualquer forma de discriminação, logo ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde, é extremamente vedado qualquer tipo de distinção entre as pessoas. (BOTTESINI, 2005)

Os administradores das operadoras em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades. Isso acontece para segurança dos beneficiários casos haja necessidade de indenizações.

As operadoras submetidas a esta LEI, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados no caso, responderão solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros de infração de algum dispositivo desta, de seus regulamentos e dos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo entre operadoras e usuários de planos de saúde sujeitam às penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente.

A rede prestadora hospitalar passou a ser regulada por esta LEI com o intuito de garantir o direito ao atendimento dos beneficiários, visto que as operadoras não mais poderão excluir um prestador sem antes substituí-lo por outro de igual ou de porte superior. Sendo assim as empresas de plano de saúde não podem retirar da sua rede quem quiser e no momento que achar oportuno, a LEI que rege exige critérios para exclusão.

Por fim, a norma define que todos dispositivos previstos nela serão aplicados a todos os contratos firmados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nela. Os consumidores que estavam aderidos em algum tipo de plano antes da Lei nº 9.656/98, tem o direito da migração para esta, se adaptando as novas regras. (SANTOS, 2007).

1.4 Distinções entre Plano e Seguro de Saúde

As operadoras de saúde oferecem basicamente dois tipos de serviços, os planos e seguros de saúde. Essas atividades são complexas de assistência médico-hospitalar. Como as pessoas querem cada dia mais a segurança de um atendimento médico certo e eficiente, o que nota, nos últimos tempos, é um considerável crescimento da adesão a estes tipos de serviços. A diferença entre plano e seguro de saúde está alvorada na extensão do contrato

Nos planos de saúde os segurados têm o serviço de assistência médica prestado pelos profissionais e estabelecimentos credenciados pela operadora, normalmente em livros periódicos. Na efetivação do contrato recebe uma lista de seus profissionais e sua rede credenciada. São fiscalizados pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde. (JURISWAY, 2006, *online*)

O plano de saúde é um contrato pelo qual o consumidor tem o direito a usufruir de assistência médica em rede própria e/ou credenciada da empresa operadora. As operadoras dos planos de saúde prestam seus serviços pelo sistema de pré-pagamento. O segurado efetua mensalmente o pagamento de sua mensalidade e obtém como contra-prestação o atendimento médico-hospitalar, quando necessário, de acordo com as coberturas e abrangências de seu contrato.

Geralmente os planos oferecem credenciamento dos médicos, hospitais, clínicas e laboratórios e são responsáveis por estes prestadores de serviço. Sendo assim, o paciente não tem a livre escolha. Ele tem que optar pelos profissionais ou estabelecimentos credenciados ao seu plano. Por ser um plano de adesão, é

imposto ao usuário utilizar-se dos profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas que o plano tiver na sua rede credenciada. (SCHWARTS, 2000).

Ao celebrar um contrato de plano de saúde, o consumidor confia na contratada, a ponto de esperar ser atendido com dignidade quando necessitar de uma assistência médico-hospitalar. Prefere pagar uma mensalidade a uma pessoa jurídica administradora, a poupar o mesmo valor e utilizá-lo quando de uma eventualidade.

A Professora Cláudia Lima Marques acena para a importância desses valores na relação contratual:

[...] O objetivo principal destes contratos é a transferência (onerosa e contratual) de riscos referentes a futura necessidade de assistência médica ou hospitalar. A efetiva cobertura (reembolso no caso dos seguros de reembolso) dos riscos futuros à sua saúde e de seus dependentes, a adequada prestação direta ou indireta dos serviços de assistência médica (no caso dos seguros de pré-pagamento ou de planos de saúde semelhantes) é o que objetivam os consumidores que contratam com estas empresas. Para atingir este objetivo os consumidores manterão relações de convivência e dependência com os fornecedores desses serviços de saúde, por anos, pagando mensalmente suas contribuições, seguindo as instruções (por vezes exigentes e burocráticas) regulamentadoras dos fornecedores, usufruindo ou não dos serviços, a depender da ocorrência ou não do evento danoso à saúde do consumidor e seus dependentes (consumidores-equiparados) (1999, p. 192).

Diante disso pode-se declarar que os contratos de planos de saúde são documentos de adesão de trato sucessivo, que estão fundados nos princípios da segurança, conforto e proteção contra riscos futuros, estando os contratantes partes vulneráveis nessa atividade jurídica, por já aderirem ao plano que os impõem quais profissionais e estabelecimentos que eles devem utilizar.

Já os seguros de saúde proporcionam aos associados à livre escolha de profissionais, hospitais e laboratórios. A ANS também é a autoridade supervisora de seguros de saúde, responsável pela regulação, controle e supervisão das atividades de assistência à saúde suplementar. Nestes casos o beneficiário já tem uma grande liberdade de utilidade do plano. (JURISWAY, 2006, *online*)

O seguro saúde trata-se, essencialmente, de contratos de seguro onde os

elementos principais são o risco e a livre escolha do segurado. Tanto os planos de saúde quanto os seguros lidam com o mesmo objetivo e a relação que se forma com o associado é da mesma natureza. Nos seguros o contratante assume um risco que nos planos o risco é da operadora.

O objetivo específico é a obrigação de uma parte no caso a empresa contratada, dar cobertura financeira ao tratamento das doenças e acidentes físicos sofridos pela outra parte que são os segurados contratantes, que, em contrapartida, compromete-se ao pagamento mensal de certa quantia. E esse débito financeiro tem que ser pago, mesmo se não for utilizado. (MELO NETO, 2010).

Observa-se que os planos de saúde são muito parecidos com os contratos de seguro saúde, já que os contratantes fazem parte de uma rede solidária formada por vários usuários que pagam um valor mensal, na expectativa de que se um dia necessitarem da assistência médica terá o plano para cobrir eventuais despesas. (FERRON, 2002).

Os contratos de plano de saúde, conforme já fora expostos, confundam-se com os contratos de seguro saúde, pois sua organização se baseia no princípio da solidariedade, já que todos contribuem para que alguns ou próprio contribuinte possa utilizar do serviço, em momento futuro. Tanto no seguro quanto nos contratos de saúde o contratante faz um pagamento prévio, para somente depois utilizar dos serviços pagos. (JURISWAY, 2006, *online*)

Nas palavras de Nilza Rodrigues de Almeida:

[...] Muito embora o seguro-saúde e o contrato de plano de saúde sejam diferentes, apresentam pontos em comum, pois ambos são decorrentes de uma poupança de particulares. Ao invés de guardar dinheiro para o momento da doença, que pode até não acontecer, as pessoas fazem uma poupança conjunta, que é administrada pela prestadora (2007, p. 71).

Obviamente que tais contratos não se confundem com os contratos de plano de saúde, uma vez que as operadoras de plano não são contratadas para pagar um prêmio aos usuários, mas sim a arcar ou reembolsar as despesas do contratante, seja de forma integral, seja de forma parcial. Claramente traduzindo os

seguros são contratos de ressarcimento quando há algum tipo de atendimento. (ALMEIDA, 1998)

Nesse sentido percebemos que o seguro de saúde nada mais é do que um ressarcimento, o usuário contrai um débito para somente após esse tramite ser compensado pelas empresas que trabalham com este sistema de seguro. O risco que o consumidor enfrenta é o de ter problemas com essas prestadoras de serviço após o pagamento prévio, por isso os planos de saúde são consideravelmente mais utilizados neste meio de contrato.

Essas são as grandes diferenças entre plano e seguro de saúde, o primeiro citado utiliza o pré-pagamento, os hospitais, clínicas, laboratórios e prestadores de serviço como médicos e dentistas, já são contratados e estipulados pela operadora de saúde. Antemão os seguros de saúde dão a liberdade ao beneficiário de utilizar qualquer profissional ou estabelecimento de sua preferência mediante a pagamento, para meramente depois, o usuário ser ressarcido.

CAPÍTULO II – RESPONSABILIDADE CIVIL DOS PLANOS DE SAÚDE

A relação contratual jurídica existente diante os contratos de plano de saúde pode ser perfeitamente considerada uma relação de consumo. Com a chegada do Código de Defesa do Consumidor, esta relação se tornou claramente evidente, visto que aderir ao contrato de uma operadora de saúde, faz com que a empresa que oferece o plano de saúde suplementar se tornar prestadora de serviço da parte que à contratou, sendo assim a responsável pelo o serviço que fora contratado, razão pelo qual se converte em definitivo a aplicabilidade do Estatuto Consumerista.

2.1 Responsabilidade Civil.

A Responsabilidade Civil está de modo direto adstrito ao objetivo de obstar o prejuízo do outro, sendo assim pode-se perceber que está tem o dever de guardar o direito de um indivíduo lesado em razão da culpa de terceiros. Por oportuno o tema em discussão tem como propósito a reparação causada a outrem, em razão de ação ou omissão, responsabilizar esse verdadeiro culpado.

Importante ressaltar o entendimento do autor RUI STOCO sobre a origem da responsabilidade civil, qual seja:

[...] A noção da responsabilidade pode ser haurida da própria origem da palavra, que vem do latim *respondere*, responder a alguma coisa, ou seja, a necessidade que existe de responsabilizar alguém pelos seus atos danosos. Essa imposição estabelecida pelo meio social regrado, através dos integrantes da sociedade humana, de impor a todos o dever de responder por seus atos, traduz a própria noção de justiça existente no grupo social estratificado. (2007, p.114)

Diante ao apresentado se confirma que a tendência da sociedade é conter que existam vítimas de danos, causados por outros responsáveis pelo erro, e que estes sejam reparados em favor do prejudicado, culpando o verdadeiro infrator, para que a Responsabilidade Civil seja aplicada assim se mantendo a justiça.

A responsabilidade civil está para garantir os direitos dos utilizadores, de forma que visa extinguir as negligências, as explorações, abusos, abandonos, também com o intuito de conseguir indenizações se estas ocorrências se concretizarem. De modo a proteger sempre o consumidor que é a parte hipossuficiente da relação.

O propósito do Código de defesa do Consumidor desempenha importante função na área da saúde suplementar, pois ele é um dispositivo equiparador, que averigua uma estabilidade na relação de consumo dentro dessa esfera econômica, partindo do reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor e de seus direitos básicos à efetiva prevenção de danos patrimoniais e morais.

Corroborando Carlos Paulo Neto que:

[...] Um modelo jurídico de responsabilidade civil que permita efetiva e justa reparação a danos materiais e pessoais é, sem dúvida, mais um importante elemento a contribuir para que se compense o descompasso existente na relação de consumo, sendo, portanto, de previsão indispensável em um sistema legal que se presta à proteção e defesa do consumidor, o que foi olvidado pelo legislador do CDC. (2008, p.32)

Visto essa vulnerabilidade do consumidor frente aos fornecedores desses serviços na área da saúde, não há o que se discutir que a regra geral é a responsabilidade objetiva. Registra-se como exceção da responsabilidade subjetiva, os profissionais liberais, que são escolhidos de forma liberal, ou seja, o cliente opta pelo serviço a por sua própria escolha, sem a intervenção de terceiros, com base na confiança do profissional escolhido.

Diante dessa responsabilização, além de se averiguar a ação ou omissão que resultou o dano e o nexo de causalidade, há a indispensabilidade de comprovar a culpa que seria a negligência, imprudência ou imperícia do agente a fim de

alcançar-se o resultado danoso. Importante transmitir que, nesta situação não há que se afastar do direito do consumidor a inversão do ônus da prova, quem deverá comprovar a não culpabilidade, através das excludentes de responsabilidade, é o profissional liberal.

A responsabilidade objetiva, por sua vez, encontra-se disposta nos artigos 12 e 14 do Código de Defesa do Consumidor, e diferentemente da subjetiva, não exige a comprovação da culpa para fundamentar a responsabilidade de reparação dos prejuízos, mas apenas a prova efetiva do dano e o nexo causal, sendo uma responsabilidade mais direta.

[...] A responsabilidade civil objetiva é calcada na teoria do risco. Segundo esta teoria, toda pessoa que exerce alguma atividade cria um risco de dano para terceiros. Tal risco é, na verdade, risco-proveito, já que é oriundo de uma atividade realizada em proveito do agente. Dessa maneira, em face desse risco criado pela atividade, emerge a responsabilização pelos danos causados em decorrência da conduta de quem pratica e se beneficia de tal atividade, não sendo necessária a prova de dolo, negligência, imprudência ou imperícia - culpa lato sensu. (PAULO NETO; 2008 *online*)

Evidente que o legislador ao originar o Código de Defesa do Consumidor com a modalidade de responsabilidade objetiva como regra principal, veio a corroborar com os preceitos da criação do próprio código, tendo em vista que, essa comprovou nitidamente a vulnerabilidade do consumidor frente o fornecedor, sendo assim foi fornecida uma proteção maior ao beneficiário pois se trata da parte frágil dessa relação jurídica.

2.2 Aplicação nos Planos de Saúde

A conexão de consumo determinada entre o beneficiário e a operadora, no qual a operadora do plano tem a incumbência de prestar a certa assistência, como acordado ao plano contratado pelo consumidor, e, em compensação, o consumidor deve arcar com o acordado pela prestação do serviço.

O pagamento não é definido como constante, e sim como futura e incerta, pois não é possível deduzir se o beneficiário usufruirá ou não da cobertura contratada. O único momento que se tem certo é que, sendo necessário, o plano

deve servir toda a merecida assistência, nos termos do contrato, para a integral total da recuperação da saúde do beneficiário.

Apesar disso, as operadoras dos planos de saúde exploram do seu poder de administração das coberturas e não exercem devidamente a atividade ao consumidor, como exemplo: negar cobertura em face de carência ou limitar o tempo da cobertura.

Tratando-se da proteção ao utilizador do serviço na área da saúde, o Código de Defesa do Consumidor é taxativo ao dizer que as cláusulas que tornem o negócio farramente gravoso a uma das partes devem ser banidas, no caso os desfrutadores do plano, adiante das cláusulas excessivas ou aquelas que procuram burlar o consumidor, como mentirosa propaganda de serviços apresentados.

O comprometimento da operadora do plano de saúde não será resultante de uma exclusiva responsabilidade, mas sim de inúmeros episódios fáticos que justificam ofensa ao beneficiário, que necessitará ser corretamente indenizado pela operadora. A operadora não responderá somente por um fato, mas sim de todos que a empresa estiver responsável.

Fortalece este entendimento, Cláudio Leitão Saraiva ao dispor que a:

[...] Responsabilidade civil é, de forma sucinta, a obrigação jurídica que tem alguém de responder ao dano causado ao patrimônio de outrem. À luz do Código do Consumidor, quando determinado produto ou serviço causa dano ao consumidor ou a qualquer um deles equiparado, nasce para o fornecedor a obrigação de indenizar, sendo esta responsabilidade objetiva: constatando-se os elementos *evento danoso*, o *acidente de consumo* e o *nexo causal entre estes*, surge então a obrigatoriedade de reparação.(2010; *online*)

Diante do entendimento acima e dos argumentos que foram trazidos na presente pesquisa, resta claro a responsabilidade das operadoras em face dos seus usuários, pois é evidente que por ser a parte que realiza o pagamento tem o direito o beneficiário de ser ressarcido se houver algum dano, ou seja, o consumidor não pode ser desamparado.

O Código de Defesa do Consumidor pressupõe duas possibilidades de responsabilidade civil objetiva para os fornecedores pelo episódio do produto ou da função, ou por vício do produto e do serviço. Sendo os fornecedores obrigados a indenizar seus consumidores que passarem por eventuais problemas, por culpa dos fabricantes. Sendo assim as empresas de plano de saúde não se eximem dos erros indiretamente, pois sua responsabilidade está em conjunto com os fornecedores.

A favor do fato de que produto ou do serviço, encontra-se conjecturada nos artigos 12 ao 17 do Código de Defesa do Consumidor, é decursivo de danos materiais ou pessoais provocados pela má habilidade do produto ou do serviço. Sobressai-se que o mencionado dano não deve ser concedido ao fornecedor, mas sim ao próprio produto ou serviço. Apesar disso, segundo garante Nunes (2003; 86) o fornecedor “(...) é considerado na medida em que é responsável pelo ressarcimento dos prejuízos. (...)” É ele o da origem do fundo capaz de pagar os prejuízos.

A segunda, é aquela responsabilidade pelo vício do produto e do serviço, expressa através dos artigos 18 ao 24 do Código de Defesa do Consumidor. Os problemas mencionados em citados artigos, representam à qualidade, quantidade ou informação do produto ou do serviço, todavia, destaca-se que esse costume deve ser essencial, específico aos bens ou serviços, os quais causam o dano na própria coisa, não podendo ter como conseqüências riscos a integridade física do consumidor. O próprio Código de Defesa do Consumidor, através de seus artigos mencionados, prevê sanções para que o fornecedor proceda à reparação desses vícios.

Considera-se que a responsabilidade civil das operadoras de planos privados de assistência a saúde podem ser verificadas que em casos de defeitos ou vícios. Pois se compreende que essas além de fornecedoras de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, são também prestadoras de serviços. Ainda se vê que o artigo 14 segue a mesma regra do artigo 12 ambos do Código de Defesa do Consumidor. O prestador de serviço corresponde de modo objetivo pela restauração dos danos causados aos consumidores pelas falhas relacionadas aos serviços prestados e pelas referências insuficientes ou inadequadas a respeito a utilização e

os perigos do serviço.

Nesse sentido, Marques destaca que:

[...] Três valores são cada vez mais raros e, por isso, valiosos no mundo atual: segurança, previsibilidade e proteção contra riscos futuros. Estes três valores são oferecidos no mercado através dos planos e seguros privados de saúde, os quais possibilitam transferência legal de riscos futuros envolvendo a saúde do consumidor e de seus dependentes a serem suportados por empresas de assistência médica, cooperativas ou seguradoras, prometendo a seu turno segurança e previsibilidade, face ao pagamento constante e reiterado das mensalidades ou prêmios. A relação entre paciente e médico sempre foi caracterizada como uma relação de confiança. No mundo de hoje, parte da confiança (*fides*) vai ser transferida para o organizador destes planos e seguros, intermediados ou conveniados, na previsibilidade do financiamento leal dos eventos futuros relacionados com a saúde.(1996; p.78)

Assim vemos que as operadoras que fornecem serviços na área da saúde, são responsáveis por arcar com os prejuízos sofridos pelos seus usuários, prejuízos esses que caracterizam culpa da operadora. Como explicado na citação a segurança, previsibilidade e a proteção são essenciais para a proteção do usuário, para que este esteja seguro diante de qualquer abuso de empresas que ofertam serviço de saúde.

2.3 Das Indenizações

Suportar a negativa abusiva do plano de saúde é cansativo para qualquer consumidor. A aspiração é que nenhum beneficiário necessite utilizar os serviços das operadoras, mas em algum momento da vida, será preciso a intervenção médica, sendo em alguns desses lamentáveis momentos que acontecem a imoderação dos planos de saúde.

Diante desse motivo, é necessário estar atento aos seus direitos e ao modo como exercê-los, para que não aconteça de ser prejudicado perante o abuso de alguma operadora de saúde. Por este motivo, ocorrem muitos desentendimentos entre o beneficiário e as grandes empresas de planos de saúde, que acabam indo parar no judiciário, levando este conflito a ser somente resolvido com pagamentos de indenizações.

Negativa abusiva de tratamento é a circunstancia em que o plano de saúde nega um procedimento prescrito pelo médico, alegando exclusão contratual, carência ou tratamento/medicamento experimental. No entanto, a compreensão dos tribunais brasileiros, dentre eles o Superior Tribunal de Justiça – STJ, de Brasília, diz que “se o contrato prevê a cobertura de determinada doença, é abusiva a cláusula que exclui o tratamento, medicamento ou procedimentos necessários à preservação ou recuperação da saúde ou da vida do contratante”.

É necessário evidenciar que a ligação entre plano de saúde e paciente é de consumo, e, conseqüentemente, este também está dependente às normas imutáveis no Código de Defesa do Consumidor. De acordo com a lei, ainda que o plano de saúde tenha em seu contrato cláusulas que o exima da responsabilidade de fornecer tratamento prescrito, elas não terão validade em alguns casos.

Sendo porque “são nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”, como escrito no Art. 51, inciso IV do Código de Defesa do Consumidor.

Não sendo possível resolver amigavelmente com o plano de saúde, e sendo urgente o tratamento, pode ser o caso de buscar uma liminar, que nada mais é que uma antecipação de tutela de urgência, prevista no artigo 300 do Código de Processo Civil. Este procedimento é usado em caso de necessidade, e que pela delonga do processo, se ver a urgência de se usar essa liminar.

É necessário o paciente procurar um advogado especializado em saúde para ingressar com a ação com pedido de liminar, que obriga o plano de saúde a fornecer o tratamento. Esse pedido do advogado é feito através de uma petição, essa petição em caso de extrema urgência com risco de vida do paciente pode ser simples, deixando o advogado para emenda-lá posteriormente, visto o risco de vida que seu cliente passava.

A propositura da ação por um advogado especialista no tema é importante porque aumenta as chances de êxito na ação, já que ele tem mais

domínio sobre o posicionamento dos tribunais e o tema. Na mesma ação, o advogado pedirá uma indenização por danos morais, baseando-se nos seus argumentos.

2.4 Dano Moral e Material.

Os danos morais se configuram quando uma pessoa é manifestada diante uma situação ofensiva à sua honra, sua dignidade e sua reputação, que causa abalos psicológicos. A agressão ultrapassa o mero aborrecimento, e, por isso, fundamenta o pedido de indenização por parte de quem foi ofendido. A ofensa recebida diante sua honra por negar um atendimento ou qualquer outro tipo de procedimento que a pessoa tenha direito, se configura dano moral

[...] A negativa de cobertura de internação de emergência gera obrigação de indenizar o dano moral daí resultante, considerando a severa repercussão na esfera íntima do paciente, já frágil pela patologia aguda que o acomete, vindo a ser surpreendido com a informação de negativa por parte do plano de saúde. Mas não é só a negativa de autorização que gera dano moral. Pode ocorrer que a autorização concedida por um determinado período, findo o qual paciente ficará excluído da proteção de seu plano de saúde. Nessas circunstâncias, a limitação do tempo de internação, no caso de doença coberta pelo plano de saúde, é cláusula abusiva, sendo pertinente a indenização por dano moral (...) (MELO, 2012, pp. 383-384)

Nesta introdução do autor Nehemia Domingos Melo, é explicativo que o usuário pode recorrer ao judiciário buscando o dano moral quando exista uma negativa contratual, porém a novidade que o autor traz, é que mesmo concedido o atendimento, mas após esse atendimento o beneficiário ficar sem o suporte necessário, também pode ser motivo de ação com dano moral.

A negativa abusiva do plano de saúde é considerada pelo Poder Judiciário como causa que motiva a reparação dos danos morais. A jurisprudência dos tribunais posição consolidada sobre determinado tema, adverte que a operadora de saúde é um fornecedor de serviços responsável, independentemente da existência de culpa, por reparar os danos causados ao consumidor por defeitos relativos à prestação de serviços.

Há alguns acontecimentos de negativa de medicamento, de limitação do tempo de internação. Os casos mais graves são relacionados ao câncer. A demora no método de tratamento pode ser inconvertível, causando lesões irreparáveis ao paciente ou até mesmo em alguns casos algo mais trágico. Nesse caso, as indenizações pelo dano moral podem chegar a elevados números nos tribunais.

Os tribunais de justiça de todo o Brasil estão pacificados em relação há casos que afetam a honra e causam danos quando existe relação de consumo, relação de consumo está que é comprovada diante dos beneficiários e os seus planos de saúde. Deste modo é assegurado ao consumidores dessas empresas de saúde que se por acaso sofrerem algum dano mediante a hipóteses de dano moral, estes poderão recorrer a justiça para pleitear os seus direitos.

Vale destacar entendimento importante sobre dano moral, segundo entendimento do autor Flávio Tartuce:

[...] O dano moral, tido como lesão à personalidade, à honra da pessoa, mostra-se às vezes de difícil constatação, por atingir os seus reflexos parte muito íntima do indivíduo – o seu interior. Foi visando, então, a uma ampla reparação que o sistema jurídico chegou à conclusão de não se cogitar da prova do prejuízo para demonstrar a violação do moral humano.(2015; p.15)

Portanto quando se fere o direito de uma pessoa é que temos o dano moral. Ao ir em desfavor que uma pessoa exerça o que ela tenha de razão, se constrange a ela em todo o seu intimo. Quando alguma empresa que presta serviço, principalmente na área de saúde, que é um aspecto extremamente importante na vida, e por razão exclusivamente dessa não cumpre com cláusulas contratuais, ela diretamente afeta a honra de seu beneficiário, que poderá alegar o dano a sua honra.

Neste sentido observamos também, o dano material, ocorrência muito frequente nos casos de urgência, pois o beneficiário procura o pronto socorro do seu plano de saúde na esperança de obter atendimento, que por alguma situação não se realize, por falta de médico ou qualquer outro problema, tendo este que procurar um atendimento particular.

Para ser restituído do valor o usuário geralmente procura o seu plano de saúde, afim de que seja reembolsado, esse valor geralmente passa por uma auditoria dentro da empresa de saúde, obtendo todas as informações e documentos que os beneficiários levam para autorização da restituição. Porém não é sempre que o usuário consegue este reembolso, pois as operadoras de saúde criam embaraços desnecessários para que o beneficiário não obtenha valor pretendido.

Nesses casos em que as empresas de plano de saúde negam o reembolso, a única saída para o beneficiário é ajuizar uma ação perante o poder judiciário, solicitando então diante petição inicial os gastos que obteve em rede particular ou por qualquer outro conteúdo como remédios, esses pedidos vão ser chamados de dano material, que em conjunto pode ser também pleiteado o dano moral pelo constrangimento que o usuário passou perante negativa de atendimento.

[...] Por muito tempo o direito ignorou a possibilidade de se responsabilizar o autor do dano decorrente da perda de alguém obter uma oportunidade de chances ou de evitar um prejuízo, argumentando que aquilo que não aconteceu não pode nunca ser objeto de certeza, a propiciar uma reparação. Iguamente à postura da doutrina, os tribunais costumavam exigir, por parte da vítima que alegava a perda de uma chance, prova inequívoca de que, não fora a ocorrência do fato, teria conseguido o resultado que se diz interrompido” (VIEGAS; SILVA; RABELO, 2011).

O autor nos traz o entendimento, que a negativa de atendimento perante uma urgência é a perda de uma chance do usuário de usufruir do que é do seu direito. Gerando assim dano a este beneficiário que paga a empresa para obter um tipo de serviço, e no momento que precisa, não consegue, por motivos insuficientes justificados pelos prestadores de serviços.

CAPÍTULO III – CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E OS ENTENDIMENTOS DOS TRIBUNAIS SUPERIORES

O Código de Defesa do Consumidor assegura a defesa e a proteção dos direitos dos consumidores, tem por destinação gerenciar as ligações de consumo, apresentando a respeito da assistência e seguro dos privilégios aos consumidores. Sendo assim, esse código está para beneficiar os usuários do plano de saúde, para que este não seja lesado por conta dos poderes aquisitivos das grandes empresas que se estabelecem na área da saúde. A finalidade é que os direitos de todos os consumidores sejam respeitados e cumpridos conforme a legislação.

3.1 Contrato de Plano Privado de Assistência a Saúde

O contrato é o documento que une as partes, que estabelece os direitos e deveres que cada uma possui diante desse instrumento. No caso dos planos de saúde, o contratante sempre vai ser o beneficiário que pagará pelos serviços prestados pela contratada, que são as operadoras de saúde, tendo em vista estabelecer um vínculo entre ambas as partes.

Esse contrato é regulamentado por normas e fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), o qual prevê no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, qual seja.

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

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

Nesse sentido pode se observar que existem várias maneiras de se obter um contrato de plano de saúde. A empresa pode descontar diretamente do consumidor que adere ao plano, como também existe a forma de reembolso, nesse, o usuário faz o pagamento integral junto ao estabelecimento que ocorreu o atendimento, podendo depois solicitar o valor ao plano de saúde.

De forma simples, entende-se que o contrato de prestação de serviços de saúde, será firmado com a finalidade de se obter atendimento de uma operadora prestadora do serviço no caso a contratada, os serviços médicos, hospitalares, laboratoriais e clínicos necessários para se ter uma vida tranquila e saudável como retorno dos pagamentos feitos pelo tomador desses serviços (CRUZ, 2013).

Conhecido o contrato firma-se o ajuste entre os contratantes; assim tem início o fornecimento dos serviços que objetivam a preservação da boa saúde do beneficiário contratante; a mencionada prestação destes serviços são cabíveis à todos no contrato celebrado entre as partes. É o que se chama de sistema de convênio, que rege os planos de saúde em todo o Brasil.

Segundo entendimento de Maria Helena Diniz traz o em sua doutrina, o modo operante e como é feito o pagamento desses planos, citando também a abrangência de seus dependentes, vejamos a seguir:

[...] O sistema de convênio colocará à disposição do conveniado a prestação de serviços para a preservação de sua saúde física e mental, extensível a familiares e beneficiários por ele indicados de modo expresse, mediante pagamento de taxa mensal e sucessiva, fixada no plano correspondente e inserida em carnês, saldáveis em banco. (1999, p. 565).

Logo, diante esse entendimento é extremamente compreensível, que seja qualquer a modalidade escolhida pelo contratante os custos vão ser acrescentados diante de seus benefícios. Sendo assim com a adesão de dependentes ao plano do titular, sua mensalidade irá sofrer acréscimos considerados, pois com o aumento de dependentes nos planos, a utilização conseqüentemente sofrerá aumento.

Os contratos de plano de saúde existem duas formas, os planos individuais e os planos coletivos. Os planos individuais são os realizados entre o contratante que é a pessoa física e contratado nesse caso a operadora de plano de saúde, onde se estabelecem regras nos contratos aplicados. Esse contrato pode ser exclusivo para o contratante ou abranger também a sua família, nesse caso haverá acréscimos diante do plano estabelecido. (CRUZ, 2013).

Quanto maior o número de dependentes, maior será o seu custo para o titular do plano, tanto na área de plano individual quanto, na área dos planos empresariais. Neste caso mesmo se o titular do plano fizer parte de um plano empresarial, o seu desconto perante a empresa, será maior se este estiver dependentes inclusos.

Já os planos empresariais existem dois modelos, que são o empresarial feito pela empresa para beneficiar os seus funcionários e os de adesão feitos por associações ou sindicatos. Os planos coletivos possuem regras menos rígidas que os planos individuais. O grande diferencial é que para os reajustamentos das parcelas pagas pelos contratantes não há limite do índice. O índice de reajuste é imposto pela própria operadora contratada aos seus contratantes. (ÂMBITO JURÍDICO, 2018).

O que ainda causa grandes discussões nos planos coletivos de serviços de saúde são as cláusulas que autorizam os aumentos dos valores mensais, reajustados anualmente, pois que a forma de cálculo é feita pela sinistralidade daquele grupo. Como não há um valor máximo para os reajustes destes planos pela ANS, a agência simplesmente deixou o mercado livre para este próprio regular-se e, desta forma ocorrem muitos abusos econômicos, inclusive com a possibilidade de extinção do contrato por decisão unilateral. (ÂMBITO JURÍDICO, 2018).

Logo, no tocante do presente tema, é notório observar que os contratos que regem os planos de saúde têm duas linhas que equilibram tanto o lado do consumidor quanto o lado das empresas prestadoras desse tipo de serviço. Assim então todas as partes têm os seus direitos e seus deveres resguardados pela lei e o código.

3.2 Cláusulas Contratuais Gerais e Cláusulas Abusivas.

As cláusulas contratuais gerais são as elaboradas de forma prévia, uniforme e abstrata, com o objetivo de estabelecer o argumento obrigacional de futuras correspondências determinadas, certificando que tanto contratante quanto o contratado, estão integrados no contrato para cumprir e obedecer as cláusulas previstas.

Tais cláusulas também são conhecidas como condições gerais do contrato, embora seja uma impropriedade técnica, como mostra Orlando Gomes:

[...] A expressão condições gerais do contrato padece de impropriedade técnica, tanto no emprego do substantivo quanto do adjetivo. O termo técnico para designar qualquer proposição contratual é cláusula. Na terminologia jurídica, o vocábulo 'condição' tem significado peculiar, que não se compadece com a acepção em que se acha empregado para nomear o fenômeno da preconstituição unilateral do esquema do contrato (1972, p. 7).

Na citação do nobre doutrinador, traz ao entendimento que os objetos e condições expostos no contrato, tem o termo de cláusulas. As cláusulas contratuais gerais mostram quatro particularidades relevantes para a sua definição: a predisposição ou preconstituição, a uniformidade, a abstração e a rigidez, definições estas que regem as cláusulas.

A predeterminação das cláusulas caracteriza, com maior vigor, o contrato de adesão por ser o modo objetivamente idôneo para atingir sua finalidade. As cláusulas contratuais são objetivamente ligadas ao uma finalidade que as partes devem obedecer. A uniformidade é uma exigência da racionalização da vida econômica. (GOMES, 1972)

Visto que está em consonância com as características modernas do relacionamento contratual de massas, uma vez que não há tempo para a discussão caso a caso das cláusulas que deverão integrar o contrato. As cláusulas no entanto não podem ferir o que se firmava no passado, porém tem que estar em consonância com a lei atual. (FONSECA, 1998).

Quem pré-elabora as cláusulas tem em mente uma finalidade: sua inserção em número indeterminado de contratos individuais; para a consecução

deste objetivo, as cláusulas são pré-elaboradas de maneira uniforme, pois não haveria tempo para discussões com cada contratante. É o caso dos bancos, que formulam cláusulas contratuais gerais, que serão o conteúdo de vários contratos, como a conta de depósito a ser celebrada por cada cliente (FIUZA, 2003).

Os vínculos contratuais de acordo são feitos de modo impessoal, isto é, encaminhadas à um número ilimitado de pessoas sem levar em conta as particularidades de cada caso, procurando compreender o máximo de situações possíveis. Assim a compreensão das cláusulas contratuais se dá com base na boa-fé objetiva, e qualquer atitude ou interpretação que viole essa pretensa boa-fé objetiva pode ensejar a nulidade da cláusula.

[...] Sobre a boa-fé objetiva, o Código Brasileiro de Defesa do Consumidor traz dois enunciados: art. 4º, III: 'harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art.170 da CF), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidor e fornecedores'; art. 51, IV: 'estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou equidade.(SCHMITT, 2010, p 59)

Relevante evidenciar que a nulidade da cláusula é absoluta, estando inválida desde o começo do vínculo, conseguindo a qualquer tempo o consumidor socorrer-se do judiciário para pleitear tal nulidade. Sendo assim, a qualquer tempo que o contratante observar qualquer parte do contrato que fere os seus direitos, este tem a chance de acionar a justiça. (RODRIGUES, 2002)

Deste modo, qualquer cláusula do contrato de acordo que aproveite a boa-fé concreta, e influencie a estabilidade contratual ou até mesmo a conveniência do contrato deve ser tida como nula de pleno direito, podendo o consumidor socorrer-se do Poder Judiciário, a qualquer tempo para invalidá-la. O consumidor tem pleno direito de acionar os seus direitos quando se sentir lesado e ameaçado, buscando a justiça para que os vícios do seu contrato seja ajustado.

3.3 Direitos do Consumidor em Geral

O usuário do plano de saúde, antes de se torna adepto da operadora, realiza um contrato com a empresa que presta o serviço particular na área da saúde. Sendo assim este é um contratante de um serviço, dando a ele plenos direitos de consumidor na esfera do poder judiciário. Se definido como consumidor nas palavras de Filomeno.

[...] Qualquer pessoa, natural ou jurídica, que contrata, para utilização, a aquisição de mercadoria ou a prestação de serviço, independentemente do modo de manifestação da vontade, isto é, sem forma especial, salvo quando a lei expressamente a exigir. (2204, p. 28)

Observa-se que destinatário final é aquele que faz uso privado para proveito pessoal dos bens ou serviços consumidos, os quais satisfazem as necessidades econômicas do consumidor, não adquiri-lo para revenda, não adquiri-lo para uso profissional, pois o bem seria novamente um instrumento de produção, cujo preço será incluído no preço final do profissional que o adquiriu. Neste caso, não haveria a exigida 'destinação final do produto ou serviço'. (RIZZARDO, 2005).

Diante disso, consumidor é toda pessoa que adere ao contrato para consumo final, aquisição de bens ou locação destes, bem como a prestação de serviço; seja em benefício próprio ou de outrem. Portanto aos que apóiamos aos contratos de planos de saúde logo são consumidores e possuem os seus direitos garantidos.

Como existe uma relação de consumo entre as partes, a parte contratante que regra geral é a parte hipossuficiente da relação, é abrangida pelo código de defesa do consumidor, devendo então os seus direitos serem resguardados por este código, como também pela Lei nº 9.656/1998 que rege os planos de saúde. (SANTOS, 2007)

Às operadoras dos planos de saúde, abusam do seu poder de administração das coberturas e não prestam devidamente o serviço ao consumidor, seja negando cobertura em face de carência, seja limitando o

tempo da cobertura, enfim práticas ilegais e abusivas frente ao nosso ordenamento jurídico, em especial o Código de Defesa do Consumidor.

E tratando-se da defesa do consumidor, o pátrio Código é taxativo ao dizer que devem ser banidas as cláusulas que tornem o contrato excessivamente oneroso a uma das partes, no caso os beneficiários do plano, as cláusulas abusivas ou aqueles que tentem enganar o consumidor, como falsa publicidade de serviços prestados.

As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão, ou seja, é a garantia de que não se omita qualquer informação ao consumidor respeitando também o princípio da transparência e da proteção. Tais garantias são para que se tenha um resultado certo, pois se espera do fornecedor um fato ou um ato preciso, ou seja, um resultado independente dos esforços necessários para obtê-los.

Logo, se haverá a cura do consumidor, é incerto, entretanto a vinculação contratual entre consumidor e fornecedor de serviços consiste em interna-lo, tratá-lo, e propiciar serviços de assistência médica ou hospitalar na sua rede ou simplesmente reembolsar a quantia despendida pelo consumidor. (MARQUES, 2013)

3.4 Jurisprudências Julgadas pelos Tribunais Superiores

Os inúmeros conflitos no judiciário brasileiro envolvendo os planos de saúde, em todas as áreas que regem esse assunto a debates discutidos. Até onde vai a responsabilidade civil da empresa contratada, o que ela pode cobrir ou deixar de cobrir, tempo de carência esses entre outros assuntos são os temas mais discutidos em nossos tribunais.

A responsabilidade objetiva se funda na teoria do risco, todo prejuízo deve ser atribuído ao seu autor e reparado por quem o causou, independentemente de ter ou não agido com culpa. Resolve-se o problema

na relação da causalidade, dispensável qualquer juízo de valor sobre a culpa do responsável, que é aquele que materialmente causou o dano. (FILHO, 2003)

Grande questão de divergência nos tribunais se dá pelo período de carência, muita das vezes empresas alegam que não podem cumprir determinado atendimento pelo fato do beneficiário ainda não ter cumprido o período de carência previsto contratualmente. Porém algumas vezes essa negativa se torna ilegal, como no caso de urgência inesperada, condição já discutida nos tribunais.

[...] PLANO DE SAÚDE - JULGAMENTO ANTECIPADO - CERCEAMENTO DE DEFESA - CONTRATO DE ADESÃO - CLÁUSULA - INTERPRETAÇÃO - RESTRIÇÃO DE DIREITO - PRAZO DE CARÊNCIA - INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA - RECÉM-NASCIDO - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. HONORÁRIOS - FIXAÇÃO EM PERCENTUAL MÁXIMO - DIMINUTO VALOR DE CAUSA - POSSIBILIDADE. É direito da parte requerer a prova que entenda necessária para corroborar suas alegações, não ocorrendo, todavia, cerceamento de defesa pelo indeferimento de prova que não se presta a comprovar o pretendido. Os Planos de Assistência à Saúde, destinados à prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais à saúde do consumidor e de sua família ou dependentes, se submetem às normas do Código de Defesa do Consumidor. No caso de emergência inesperada, a restrição referente a prazo de carência, existente no plano de saúde, deve ser afastada por abusiva. Havendo dúvida na interpretação de cláusulas do plano de saúde, aquela se resolve a favor do consumidor. A fixação da verba de patrono em grau máximo não implica, necessariamente, falta de razoabilidade, vez que pode ser o valor da demanda diminuto, o que justificaria aquela fixação para evitar o aviltamento da remuneração. (TJMG - Ap. 2.0000.00.468785-6/000 - Rel. Juiz Guilherme Luciano Baeta Nunes - 15ª C. Cív. - J. 20.04.2006 - DJ 25.05.2006)

Diante do referente caso julgado pelo Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais, é comprovado que casos em que exista negativa por carência quando houver urgência ou emergência, essa negativa é completamente abusiva, podendo a parte acionar o judiciário para requerer indenização.

[...] COBRANÇA - INTERNAÇÃO HOSPITALAR - EMERGÊNCIA - CARACTERIZAÇÃO - CARÊNCIA - PRAZO - ATENDIMENTO - LIMITAÇÃO - IMPOSSIBILIDADE - RESPONSABILIDADE CIVIL - ELEMENTOS - PRESENÇA - DANOS MORAIS - CONDENAÇÃO.

Nos atendimentos emergenciais ou de urgência, a carência do plano de saúde não pode ser superior a vinte e quatro horas, sendo, portanto, ineficazes as cláusulas que impõem prazo superior. Inteligência do artigo 12, inciso V, letra "c", da Lei n. 9.656 de 3 de junho de 1998.. Encontrando-se devidamente caracterizados os requisitos ensejadores da responsabilidade civil, impõe-se a condenação da requerida no pagamento dos danos morais sofridos pela autora. (TAMG - Ap. 446796-5 - Rel. Juiz José Amâncio - 8ª C. Cív. - J. 11.03.2005 - DJ 02.04.2005)

Diante da jurisprudência, é nítido perceber que o máximo de tempo de carência que uma operadora de plano de saúde pode oferecer de período de carência de uma urgência ou emergência é vinte e quatro horas. Se existir alguma cláusula que tenha tempo superior a este, esta se configura ilegal, pois a Lei de planos de saúde trata do assunto expressamente.

Outro caso de bastante discussão perante o judiciário brasileiro é a alegação das empresas sobre doença preexistente, nesse caso as operadoras de saúde negam o procedimento solicitado por beneficiários afirmando que a doença já existia antes da pessoa contratar o plano de saúde. (NETO, 1998)

[...] DOENÇA PREEEXISTENTE – AUSÊNCIA DE PRÉVIO EXAME – EFETIVAÇÃO DA LIMINAR CONCEDIDA – RECURSO PROVIDO – A empresa que explora plano de saúde e recebe contribuições de associado sem submetê-lo a prévio exame, não pode escusar-se ao pagamento da sua contraprestação, alegando omissão nas informações do segurado. (TJMS – AC 2004.004647-2/0000-00. Campo Grande – 3ª T. Cív. Rel Des. Claudionor Miguel Abss Duarte – J. 24.05.2004)

No sentido da jurisprudência, observa-se que as operadoras de plano de saúde não podem alegar doença preexistente, sem antes no momento da efetivação do contrato ter submetido o seu contratante a exames que provem a doença. Sendo assim a empresa que rege o plano de saúde somente poderá alegar doença preexistente, se o usuário estiver realizado exame ou mesmo provado de forma escrita a doença no momento da efetivação do contrato. (VENOSO, 2004)

Há vários assuntos que tangem os planos de saúde discutidos no judiciário, sendo que a carência e a doença preexistente são os motivos que mais existem demanda nos tribunais. É de extrema importância alegar que o

poder judiciário existe para resolver os problemas entre as partes, para que o direito de todos sejam respeitados e cumpridos.

Com os julgados dos tribunais superiores, é perceptível que a jurisprudência mantém a ordem de ambas as partes para que nenhuma tenha os seus direitos feridos e nem impedidos, tanto o consumidor quanto a empresa fornecedora de serviços saúde são condicionadas as leis que regem o direito.

CONCLUSÃO

No contexto da presente pesquisa, foi realizado estudos profundos sobre a utilização dos planos de saúde e sua responsabilidade civil diante os seus consumidores, percorrendo sobre sua legislação aplicável no judiciário brasileiro, e como a jurisprudência se adaptou a este tipo de serviço que gerou grandes proporções na últimas décadas.

O primeiro capítulo fora demonstrado a evolução histórica dos planos de saúde, quando do seu início se deu nas décadas de 20 e 30, do século XX, tornando ainda mais utilizados a partir da segunda guerra mundial. As características desses planos desde seu começo até os dias atuais, sendo mencionados seus pontos relevantes. A legislação aplicável que no seu início era aplicado o Código Civil, e hoje os beneficiários são contemplados pelo Código de Defesa do Consumidor.

No segundo capítulo é aduzido a responsabilidade civil dos planos de saúde, diante os seus consumidores, sendo constatado a hipossuficiência dos consumidores perante as grandes empresas. Nesse caso as indenizações são aplicadas observando e respeitando os direitos das partes em questão, com observação a parte mais fraca da relação, para que não tenha sua honra afetada.

Os danos morais e materiais são mencionados também na segunda parte do projeto, que traz ao entendimento que o usuário poderá recorrer ao judiciário quando perceber que está sendo lesado mediante a operadora de saúde. A alegação desses danos devem ser comprovadas, mediante provas escritas e orais, garantindo também o direito da ampla defesa dos planos de saúde.

Já na finalização do projeto, foi estipulado no terceiro capítulo a aplicação

do código de defesa dos consumidores e as suas jurisprudências cabíveis nos casos que envolvam os beneficiários e as operadoras de plano de saúde. Neste capítulo são citados os contratos de planos privados de saúde, demonstrando suas características e peculiaridades entre empresa e consumidor.

O presente projeto obteve a intenção de apresentar diante um estudo modesto, a relação dos planos de saúde no Brasil com seus consumidores, evidenciando como o judiciário age nos casos em que as duas partes nessa relação jurídica entram em conflito. Deste modo o trabalho, empenhou-se em apresentar de maneira razoável a responsabilidade civil dos planos de saúde no sistema brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar. Brasília: Ipea, 1998.

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

BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. **Planos de saúde: doutrina, jurisprudência e legislação**. São Paulo: Saraiva, 2015.

BOTTESINI, Maury Ângelo. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada e anotada: artigo por artigo, doutrina, jurisprudência / Maury Ângelo Bottesini, Mauro Conti Machado. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. 332 p.

BORGES, Gustavo Silva; Sobre a responsabilidade civil nos planos de saúde. **Âmbito Jurídico**. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8674>. Acesso em: 06 de março de 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.656/98. 03 de Junho de 1998**. Lei dos Planos e seguros de Saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm> Acesso em: 24 mai. 2018.

_____. **Lei nº 9.656/98. 03 de Junho de 1998**. Lei dos Planos e seguros de Saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm> Acesso em: 01 out. 2018.

CRUZ, Joana - **Direitos do consumidor e regulação dos reajustes de planos de saúde**. Brasil: IDEC, 2013. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/em-acao/artigo/direitos-do-consumidor-e-regulacao-dos-reajustes-de-planos-de-saude>> Acesso em: 04 out. 2018.

DINIZ, Maria Helena, **Tratado teórico e prático dos contratos**. – 3ª ed. ampl. e atual. 2v. São Paulo. Ed. Saraiva, 1999. ISBN 85-02-01651-2. p. 565 – 596.

FALABELLA, Bárbara. A diferença entre plano de saúde e seguro de saúde. **Jurisway** Disponível em : <https://www.jurisway.org.br/v2/curso_estrutura.asp?id_curso=424> Acesso em: 23 mai. 2018.

FERRON, **Fernanda. Planos Privados de Assistência à Saúde.** São Paulo: Livraria e Editora Universitária de Direito, 2002.

FILHO, Sérgio Cavalieri. **Programa de responsabilidade civil.** 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2003. 559 p.

FILOMENO, José Geraldo Brito. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor comentado pelos autores do anteprojeto.** 8ª edição, E. Forense, 2004, p. 58.

FIÚZA, Cezar. **Direito Civil – curso completo. 7ª edição.** Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

FONSECA, João Bosco Leopoldino. **Cláusulas Abusivas nos Contratos.** Rio de Janeiro: Forense, 1998.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor.** (Biblioteca de direito do consumidor; v. 31). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007. 208 p.

GOMES, Orlando. *Contrato de Adesão.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 1972.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico.** 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998. 690 p

LOPES, Jose Reinaldo de Lima (Coord.). **Planos de saúde e consumidor: Relatório de pesquisa Brasilcon.** Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, nº 28, out./dez. 1998, p. 137-156.

LOPES Geraldo Evangelista. **Planos de saúde: Contratos de prestação de serviços.** Âmbito Jurídico Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=19890&revista_caderno=10> Acesso em 16 de out de 2018.

MARQUES, Claudia. BENJAMIN, Antônio, MIRANDA, Bruno **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor,** 4 edição, Editora Revista, Atualizada e Ampliada. GUGLINSKI, Vitor. Direito do consumidor. Ed. Brasilcon, juiz de fora (MG).

MARQUES, Claudia Lima. **A abusividade nos contratos de assistência à saúde e de assistência médica no Brasil**. Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 22, nº 64, jul. 1995, p. 34-77.

MARQUES, Claudia Lima. **Expectativas dos Consumidores nos Planos e Seguros Privados de Saúde e os Atuais Projetos de Lei**. Revista de Direito do Consumidor. São Paulo, n.º 20, p. 71-87, 1996.

MELO, Nehemia Domingos. **Da culpa e do risco: como fundamento da responsabilidade civil**. 2ª ed. rev., atual. e aumentada. São Paulo: Atlas, 2012.

MELO NETO, Gonçalo Ribeiro de. **Práticas abusivas nos contratos de plano de saúde e atuação do Ministério Público**. Conteudo Juridico, Brasilia-DF: 10 out. 2010. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.29238&seo=1>>. Acesso em: 08 maio 2018.

NUNES, Rizzatto. **O código de defesa do consumidor e os planos de saúde: o que importa saber**. Revista de Direito do Consumidor. São Paulo, v. 48, p. 85-88, 2003.

PAULO NETO, Carlos Romero Lauria. **A responsabilidade civil nas relações de consumo**. Disponível em: <http://www.procon.go.gov.br/artigodoutrinario/artigo_dout_5.htm> Acesso em: 06 de agosto de 2018.

RODRIGUES, Sílvio. **Direito civil**.V.4, 19. ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2002. 274 p.

SALAZAR, Andréa Lazzarini. **Novo guia de planos de saúde** / Andréa Lazzarini Salazar, Karina Grou. 2. ed. São Paulo: Globo, 2007. 243 p.

SANTOS, Maurício Barbosa. **Planos de saúde e o código de defesa do consumidor**. Leme/SP: Cultura Jurídica, 2007. 250 p.

_____. Maurício Barbosa. **Planos de saúde e o código de defesa do consumidor**. Leme/SP: Cultura Jurídica, 2007. 250 p.

SARAIVA, Cláudio Henrique Leitão. **Da responsabilidade do comerciante pelo fato do produto e do serviço**. Disponível em:

<<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3046>> Acesso em: 10 de agosto de 2018.

SCHMITT, Cristiano Heineck. **Cláusulas Abusivas nas Relações de Consumo**- 3 ed. – São Paulo: RT, 2010

SCHWARTS, Germano André D. **A efetivação do direito à saúde**. Revista Direito, Santa Cruz do Sul, n. 13, jan/jun. 2000, p.

STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**: com comentários ao Código Civil de 2002. 6. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. 2203 p.

TARTUCE, Flávio. Direito Civil 2: **Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil**. 10ª edição, rev. atual. e amp. São Paulo: Método, 2015.

TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de Saúde na Visão do STJ e do STF**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. Consolidação estatística da justiça do trabalho. **Relatório analítico 2010**. Brasília: Tribunal Superior do Trabalho, 2011. 113 p. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/documents/10157/73639/Relat%C3%B3rio+Anal%C3%ADtico+da+Justi%C3%A7a+do+Trabalho>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil**. V. 7. São Paulo: Atlas, 2003-2004. 326 p.

VIEGAS, Cláudia Mara de Almeida Rabelo. **A reparação civil pela perda de uma chance nas relações jurídicas civis e do trabalho**. Âmbito Jurídico, 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10769&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso 30/08/2018