

I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO CIVIL CONTEMPORÂNEO II

CÉSAR AUGUSTO DE CASTRO FIUZA

CLÁUDIA FRANCO CORRÊA

ROBERTO SENISE LISBOA

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

D597

Direito civil contemporâneo II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: César Augusto de Castro Fiuza; Cláudia Franco Corrêa; Roberto Senise Lisboa – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-068-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, cidades e crise

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. I Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO CIVIL CONTEMPORÂNEO II

Apresentação

Os trabalhos apresentados demonstram a sensibilidade necessária a compreensão do direito civil contemporâneo. Um direito que transborda sensibilidade e realidade. Nesta perspectiva, temos robusta tendência investigativa na seara dos direitos reais através da perspectiva asseguratória da função social, bem como pela égide da dignidade da pessoa humana. Ressalta-se, portanto, os trabalhos com os temas sobre a usucapião de bens públicos, desjudicialização no cotejo da usucapião extrajudicial, os sentidos do direito de propriedade contemporâneo à luz da teoria Crítica do direito privado, as nuances judiciais do Direito de superfície e suas complexidades além do inovador Direito de laje com suas indagações e reflexões. Também foi possível perceber interlocuções substanciais na esfera dos direitos da personalidade em tempos de "Idade Mídia", incluindo o essencial debate na área da herança digital e as questões proeminentes no dever informação na relação médico e paciente. Para além de uma análise econômica, privilegiou-se a relevante discussão sobre instituto das diretivas antecipadas de vontade no intuito de garantir a vida e a morte digna, com a mesma índole constitucional na possibilidade de retificação do nome social e do sexo de transgêneros em sede cartorial extrajudicial. Dentro de tal contexto de cientificidade os contratos de plano de saúde e o enredo principiológico dos direitos contratuais também foram contemplados com interpretação dialogal necessária aos objetivos propostos.

Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - FUMEC / UFMG

Profa. Dra. Cláudia Franco Corrêa - UVA

Prof. Dr. Roberto Senise Lisboa - PUC

Nota técnica: Os artigos do Grupo de Trabalho Direito Civil Contemporâneo II apresentados no I Encontro Virtual do CONPEDI e que não constam nestes Anais, foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals (<https://www.indexlaw.org/>), conforme previsto no item 8.1 do edital do Evento, e podem ser encontrados na Revista Brasileira de Direito Civil em Perspectiva. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

**A RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE SAÚDE:
ANÁLISE DAS DECISÕES JUDICIAIS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO
DE MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 2015-2019.**

**UNILATERAL RESCISSION OF PRIVATE HEALTH INSURANCE CONTRACT:
ANALYSIS OF JUDICIAL DECISIONS OF MINAS GERAIS STATE COURT OF
JUSTICE BETWEEN 2015-2019.**

Nádia Regina Da Silva Pinto ¹

Resumo

As rescisões unilaterais de contratos compreendem uma das razões do aumento das demandas judicializadas na saúde suplementar nos tribunais. Nos contratos individuais existe maior proteção, visto que há a proibição da rescisão unilateral de contrato e limitação dos valores dos reajustes nos preços dos planos de saúde, salvo as situações de inadimplência e má fé contratual comprovadas. Igual proteção não há nos contratos coletivos. Este estudo objetiva analisar o quantitativo de rescisões unilaterais por tipo de contratação nas operadoras de planos privados de assistência à saúde a partir das decisões judiciais de segunda instância no Tribunal de Justiça em MG.

Palavras-chave: Rescisão contratual, Planos de saúde, Políticas públicas, Judicialização

Abstract/Resumen/Résumé

Unilateral rescission are one of the reasons for increase in judicialized demands for supplementary health in courts. There`s greater protection in individual contracts, as there is a prohibition on unilateral rescission of contracts and limitation of the amounts of readjustments in the prices of health plans, except in cases of proven delinquency and contract bad faith. There is no equal protection in collective agreements. This study aims to analyze the amount of unilateral terminations by type of contracting in the operators of private health care plans based on the second instance judicial decisions at the Court of Justice in MG.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Contractual rescission, Health insurance, Public politics, Judicialization

¹ Mestranda em Direito e Políticas Públicas da UNIRIO. Doutora em Saúde Coletiva pela UERJ (2015). Mestre Enfermagem pela UERJ (2011). Especialista em regulação de saúde suplementar da ANS desde 2006.

INTRODUÇÃO

A rescisão unilateral de contrato de planos privados de saúde por vontade das operadoras é vedada pelo artigo 13, II, da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), a exceção dos casos de fraude devidamente comprovada e inadimplência acumulada de 60 dias, consecutivos ou não, no pagamento da mensalidade, nos últimos 12 meses do contrato, desde que o consumidor nesta situação seja notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Existem duas espécies de contratos de planos de saúde: os antigos pactuados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998) e os novos regidos pela referida Lei. Todavia, em ambos preside a garantia da manutenção da relação jurídica entre as partes e o mínimo das obrigações contratuais, como o pagamento das mensalidades e as possibilidades de sua extinção, conforme os ditames da Lei nº 8.078, de 1990 (BRASIL, 1990) e do Código Civil Brasileiro de 2002 (BRASIL, 2002).

Outrossim, existem atos normativos expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – autarquia federal instituída pela Lei nº 9.961, de 2000 (BRASIL, 2000), com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A ANS tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2000).

No exercício de suas atribuições, a ANS criou a Resolução Normativa nº 195, de 2009, estipulando os tipos de contratações e suas regras de elegibilidade para cada tipo de contratação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Este artigo teve como objetivo geral analisar o quantitativo de rescisões unilaterais por tipo de contratação nas operadoras de planos privados de assistência à saúde a partir das decisões judiciais de segunda instância mais recentes no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais no período de 2015-2019. O objetivo específico foi comparar em quais tipos de contratações de planos privados de saúde há maior litígio judicial.

O estudo justificou-se no propósito de identificar os possíveis desfechos jurídicos nessa matéria, trazendo à tona reflexões importantes para as políticas públicas

regulatórias, especialmente em relação à política nacional de defesa do consumidor e judicialização da saúde suplementar.

A política nacional de defesa do consumidor prevê medidas aos que inobservam os direitos dos consumidores instituídos primordialmente pela Lei nº 8.078, de 1990 (BRASIL, 1990), assim como a Lei nº 9.656, de 1998 que determina sanções punitivas às operadoras que desrespeitam o arcabouço legal da saúde suplementar.

Por sua vez, as demandas judicializadas na seara contratual dos planos privados de saúde permitiram conhecer como o Tribunal analisado tem interpretado e aplicado a lei para os casos de rescisão unilateral por iniciativa das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

1. Os tipos de contratações na saúde suplementar

Existem três tipos de contratações nos planos privados de saúde: individuais ou familiares; coletivas empresariais e coletivas por adesão.

Os tipos de contratações estão previstos no art.2º da Resolução Normativa nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

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

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

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

Os planos coletivos por adesão são aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo de natureza profissional, classista ou setorial com determinadas pessoas jurídicas, tais como conselhos profissionais, sindicatos e associações profissionais, dentre outras, conforme disposto no artigo 9º da Resolução Normativa nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

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

1.1 A rescisão contratual nos planos privados de saúde

Uma grande quantidade de operadoras de planos de saúde deixou de comercializar produtos contratados individualmente, o que limitou as opções de escolha dos consumidores. No segmento coletivo, parte desses consumidores de planos de saúde individual ou familiar foi absorvida em contratos empresariais destinados às Pequenas e Médias Empresas (PME), bem como através de inclusão de prestadores de serviços sem vínculo empregatício nos contratos empresariais (ARAÚJO, 2009).

Após a aprovação da Resolução Normativa nº 195, de 2009 pela ANS quem presta serviços para a pessoa jurídica contratante ou quem não é empregado regularmente contratado, não pode mais se beneficiar do plano privado de saúde, o que impactou diretamente na elegibilidade dos segurados nas contratações coletivas, passando a depender da comprovação do vínculo estatutário, societário ou de emprego (ARAÚJO, 2009).

De acordo com o artigo 9º, § 3º, da Resolução Normativa n.º 195, de 2009, bem como do parágrafo único do artigo 4º da Resolução Normativa nº 196, de 2009, caberá à operadora de planos de assistência à saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma prevista dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 2009 e da condição de elegibilidade de cada beneficiário. Por fim, conforme disposição do artigo 32 da Resolução Normativa nº 195, de 2009, o ingresso de beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009b).

Caso as operadoras de planos privados de saúde venham permitir o ingresso de beneficiários, seja em plano coletivo empresarial (art.5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009), seja em plano coletivo por adesão (art.9º da Resolução Normativa nº 195, de 2009), sem que fossem respeitados os critérios de elegibilidades estabelecidos pela norma em referência tal vínculo deverá ser tratado como individual e familiar.

Isto ocorre porque, se o beneficiário não possui elegibilidade para ingressar num plano privado de saúde coletivo por adesão ou empresarial, este não poderia ter ingressado em um, sendo responsabilidade das operadoras tal averiguação. Se estas não tiverem sido cuidadosas no ato da contratação, os beneficiários que entraram no plano coletivo sem elegibilidade não podem ser prejudicados devendo ser os seus contratos equiparados a um individual e familiar. Nesse caso, uma vez equiparado, tal equiparação não tem sua validade vinculada à vigência do contrato coletivo, do qual ele nunca deveria ter feito parte. Para todos os efeitos a ele se aplica, para fins de rescisão e reajuste, os mesmos normativos aplicáveis ao plano individual e familiar.

A admissão de beneficiário inelegível no contrato coletivo impõe o reconhecimento de que o vínculo contratual sofreu alteração, devendo ser considerado, a partir de então, como um contrato individual de plano privado de saúde, ocasião em que o contrato só poderia ser rescindido nos termos do art. 13, § único, inciso II da Lei 9.656, de 1998. Uma vez configurada a ausência de elegibilidade para contratação dos planos coletivos, o vínculo dos beneficiários deverá ser equiparado a individual e nos casos específicos de rescisão aplicar-se-á o disposto no art. 13, parágrafo único, inciso II da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

As regras que compreendem os contratos coletivos são mais interessantes para as operadoras de planos privados de saúde e para compensar a baixa significativa da comercialização do segmento individual e familiar das contratações consolidaram-se os contratos coletivos empresariais PME, os quais podem ser adquiridos por sociedades empresárias a partir de 02 a 05 vidas, normalmente, compostas pelo grupo familiar do sócio de uma microempresa (ARAÚJO, 2009).

Não obstante, a atividade comercial de contratação de planos coletivos por pequenas e médias empresas com poucas vidas permaneceu com lacunas regulatórias até a edição da Resolução Normativa nº 432, de 27 de dezembro de 2017, a qual dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Os empresários individuais com suas pequenas e médias empresas para justificar a contratação de plano privado de saúde coletivo empresarial, previsto no art. 5º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, passaram a ser exigidos de atividade comercial empreendida pelo período mínimo de seis meses, de acordo com sua forma de constituição, além da confirmação de inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, etc., nos termos do art.2º e seguintes da Resolução Normativa nº 432, de 27 de dezembro de 2017 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Na prática tratou-se de substituição do contrato individual e familiar por um contrato empresarial, onde a operadora de planos privados de saúde teve êxito em repassar para aquele pequeno grupo empresarial todas as despesas dos serviços utilizados e, nesses pequenos contratos, inexistente poder de negociação entre a pessoa estipulante do contrato e a operadora (ARAÚJO, 2009).

A inexistência do mesmo poder de negociação entre os estipulantes empresários individuais, especialmente, os contratantes com poucas vidas na carteira, e operadoras de planos privados de assistência à saúde fragilizam as relações contratuais a ponto de desequilibrá-las quando há permissividade regulatória para operarem-se as rescisões unilaterais de contratos coletivos empresariais e de adesões por vontade exclusiva das operadoras.

Assim, inaugura-se, portanto, um cenário de insegurança jurídica ao marco legal da Lei nº 9.656, de 1998, temerária à efetivação do direito contratual à saúde suplementar, a partir do desequilíbrio contratual comum nos planos coletivos, com base nos normativos regulatórios criados pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar indutora principal desta prática.

Essa assertiva se evidencia ao fato de que a rescisão contratual não se assemelha entre os planos individuais e coletivos, considerando que a Lei nº 9.656, de 1998 (Brasil, 1998), ressalvadas as exceções legais, veda a rescisão unilateral de contratos individuais, enquanto nos coletivos nos termos da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 e da Instrução Normativa especial da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 23 de 01 de dezembro de 2009 a restringe a um período de vigência contratual mínima de 12 meses de forma imotivada e, motivadamente, nas hipóteses contratuais em período inferior (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009c).

As hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade nos planos individuais e familiares estão previstas no inciso II, do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9656, de 1998 (BRASIL, 1998; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMNETAR, 2009c).

Impende destacar que os planos privados de assistência à saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas hipóteses de fraude e perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 (BRASIL, 1998; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMNETAR, 2009c).

No caso dos planos individuais ou familiares, a extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, de acordo com o artigo 3º, § 1º, da Resolução Normativa nº 195, de 2009 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMNETAR, 2009c).

De acordo com o artigo 17 da Resolução Normativa nº 195, de 2009, as condições de rescisão dos contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde por adesão ou empresarial devem estar previstas nos instrumentos contratuais celebrados entre as partes (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a).

Os contratos de planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após o período de doze meses da vigência, desde que o contratante ou a contratada notifique previamente a outra parte com antecedência mínima de sessenta dias, não cabendo a aplicação de multa neste caso. Também não caberá a aplicação de multa se a rescisão contratual for realizada de forma motivada em período inferior a doze meses da vigência, desde que estejam previstas no contrato as causas que autorizam a rescisão (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009a; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009c).

Nos casos de rescisão imotivada solicitada antes do período de doze meses, deverá constar do contrato a especificação da multa a ser aplicada nesta hipótese, conforme negociado entre as partes (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009c).

Durante o período de vigência contratual, a operadora de planos privados de saúde ainda é a responsável por garantir a assistência aos usuários vinculados ao contrato, ainda que o procedimento médico ou odontológico requerido venha a ocorrer após a rescisão contratual, tendo em vista o não término do contrato no momento da data da solicitação, independentemente, da existência de prazo definido para a sua rescisão.

1.1.1 A judicialização na saúde suplementar

A judicialização na saúde suplementar pode ser compreendida como a ampliação da função judicial para as esferas de competência administrativas e legislativas especiais e ordinárias.

O Poder Judiciário passa a alcançar a seara política quando concede provimentos executórios que passam a pautar a gestão das políticas públicas de saúde, não sendo diferente nos casos envolvendo litígios entre as operadoras e seguradoras de planos privados de saúde com os consumidores.

A judicialização da saúde não necessariamente é um fenômeno negativo no contexto do Estado Democrático de Direito. As pessoas, e, especialmente, aquelas mais vulneráveis quando buscam o Poder Judiciário indicam maior conscientização sobre seus direitos, em função da maior receptividade judicial para direitos sociais suscetíveis ao maior controle externo (FERRAZ, 2019).

Ocorre que os direitos contratuais na saúde suplementar têm natureza privada, e nem sempre o julgador leva isso em consideração e toma decisões por vezes balizadas em direitos fundamentais distantes da relatividade dos efeitos dos contratos ao proteger a vida como o maior bem jurídico tutelado e em risco.

Por outro lado, à luz dos artigos 421 e 2035, parágrafo único, do Código Civil Brasileiro de 2002 (Brasil, 2002), a função social dos contratos positivada tenciona a relatividade contratual justamente por impor limites na contratação e ser de ordem pública, conferindo legitimidade a terceiros para discutir e pleitear consequências em contratos alheios, não ficando restrita às partes de uma relação jurídica privada, mas a uma imposição do ordenamento jurídico pátrio institucionalizado. Portanto, o que justifica a liberdade de contratar não é a autonomia privada, mas a função social dos contratos, a qual não deve ser violada.

A partir da Constituição Brasileira de 1988 positivaram-se novos direitos como o direito à saúde, sendo a responsável por fazer o sistema do direito suportar também a positivação de valores e princípios, bem como a inclusão de direitos no sistema da política com base nesses dispositivos (MARTINI; CHAVES, 2018).

O Poder Judiciário assume, portanto, uma função judicante mediadora do viver, demonstrando uma ampliação do domínio jurídico em diversas áreas do cotidiano (MATTOS; RAMOS; CRUZ, 2019).

Por outro lado, a judicialização não é proporcional nos estados, cidades e bairros mais desenvolvidos no país, havendo na prática uma situação perversa de justiça distributiva às avessas, sobretudo, em relação ao impacto orçamentário suportado pelo sistema como um todo ao não enfrentar os principais problemas de saúde no país (FERRAZ, 2019).

Algumas decisões judiciais repercutem na solidez do mercado de planos de saúde, porque serão mobilizados recursos financeiros que poderão comprometer o atendimento de outros contratantes de planos privados de saúde, ao considerar um cenário de escassez de recursos garantidores da viabilidade de toda a carteira de beneficiários da saúde suplementar.

A reserva do possível é um condicionante para a execução das políticas públicas de saúde, devendo-se considerar as limitações fáticas entre o direito à saúde de uns pacientes em detrimento de outros para não gerar injustiças ao privilegiar somente o autor da ação e penalizar a coletividade, especialmente, a dependente da rede pública de saúde (PAIXÃO, 2019).

A imposição de obrigações ao Estado interfere no orçamento público além da reserva financeira do possível, porque desequilibra a política pública coletiva destinada à saúde, salvo os casos em que se deva superar essa reserva orçamentária quando se tratar de contradição incontestável com o princípio da dignidade humana, consubstanciado no direito à prestação estatal fundamental (BARROSO, 2007).

Na saúde suplementar, as reservas financeiras das operadoras de planos privados de assistência à saúde podem ficar comprometidas quando decisões judiciais, eventualmente, fujam do escopo da previsão contratual da cobertura a ponto de extrapolar fundos garantidores da viabilidade financeira para suportar os custos com os demais contratantes.

Diante do aumento expressivo da quantidade de ações judiciais, a judicialização da política ou judicialização da saúde trouxe para o debate a possibilidade de o Poder

Judiciário efetivar o direito à saúde a partir das decisões judiciais que determinassem o cumprimento da implementação de políticas públicas (MARTINI; CHAVES, 2018).

Em contraponto, a juridicização é um fenômeno protagonizado pelo Ministério Público, o qual permite pensar em alternativas para a efetivação do direito à saúde, que não necessariamente a judicialização dos conflitos como mecanismos clássicos de legitimação estatal, buscando soluções consensuais (ASENSI, 2010).

Nesse sentido, a efetivação do direito à saúde pode ser discutida no âmbito administrativo a partir da mediação de conflitos, seja no Ministério Público, seja na Agência Nacional de Saúde Suplementar e, preliminarmente, na própria operadora de planos privados de saúde pelos canais de atendimento. Dessa forma, a pacificação do conflito antes da demanda chegar ao Poder Judiciário contribui para a redução da judicialização, protagonizando a intermediação de outros atores públicos e privados.

A aplicação do direito à saúde para se tornar efetiva necessita da conjugação de esforços de todos os entes federativos dos Poderes Executivo, Judiciário e Legislativo juntamente com a sociedade civil para mitigar os riscos da judicialização nas políticas públicas de saúde, que abrange a saúde suplementar na complementaridade de bens e serviços, os quais são livres à iniciativa privada.

A racionalidade da judicialização justifica-se pela omissão ou falha na prestação de serviços estatais, da mesma forma quando se comprovam falhas no adimplemento obrigacional por parte dos consumidores ou operadoras de planos privados de saúde.

2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

O estudo proposto é quantitativo no âmbito contencioso judicial, cuja questão norteadora da pesquisa se satisfaz com o comparativo percentual das rescisões unilaterais de contratos de planos privados de saúde por tipo de contratação – individual e coletiva, da mesma forma que na verificação empírica da maior ou menor judicialização nessas contratações.

A contratação coletiva empresarial e por adesão foi tratada na categoria temática coletiva em comum para melhor análise dos resultados.

O cenário de estudo selecionado foi o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), localizado na Avenida Afonso Pena, nº 4001- Bairro Serra – Belo Horizonte – Minas Gerais – CEP: 30130-911.

Os dados foram solicitados em 02/09/2019 por meio de carta registrada nº JU577497435BR com Aviso de Recebimento (AR). O objeto de estudo delimitou-se às decisões judiciais publicadas sobre rescisão unilateral de contratos de planos privados de saúde por vontade das operadoras no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2019, da comarca da capital, do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais.

Para tanto, os critérios de inclusão da pesquisa realizada se restringiram à rescisão unilateral de contratos de planos privados de saúde, excluindo-se do universo da amostra estudada temas ligados a planos públicos de saúde rescindidos unilateralmente pela Administração Pública Estadual Mineira; direito de greve trabalhista; litígios em prova de títulos e em atraso na entrega de compra e venda de imóvel, processos judiciais duplicatas, etc.

Foram analisadas 310 decisões publicadas no período-base em epígrafe, inclusive, as passíveis de recurso para as Turmas Recursais, não excluídas as referentes a embargos de declaração. As modalidades de impugnação às decisões judiciais endereçadas ao Tribunal de 2º Grau, incluindo as de natureza recursais ordinárias e extraordinárias, bem como, mandado de segurança, suspensão de segurança, e reclamação e as remessas necessárias quando desacompanhadas de recurso voluntário, no período-base (ano ou semestre) também não foram desconsideradas para melhor delimitação do objeto de estudo.

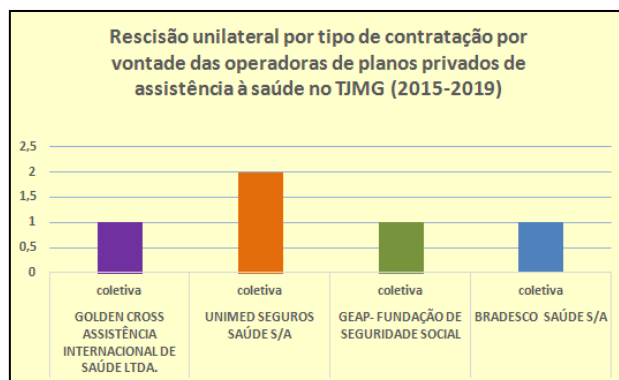
O tratamento dos dados foi a análise documental de fontes primárias, a partir do *software* Excel, utilizando-se o saneamento do total da amostra com posterior compilação numérica em tabulação gráfica e categórica dos resultados encontrados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a tabela abaixo foi verificado que 100% das rescisões contratuais unilaterais ocorreram nos contratos coletivos de planos privados de saúde, em relação aos contratos individuais e familiares.

| Rescisão unilateral por tipo de contratação por vontade das operadoras de planos privados de assistência à saúde no TJMG (2015-2019) | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Operadoras de planos privados de assistência à saúde | Rescisão unilateral por tipo de contratação por vontade das operadoras | Quantitativo por processo judicial | Percentual | Percentual de rescisão unilateral por tipo de contratação por vontade das operadoras |
| GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. | coletiva | 1 | 20,00% | 100% |
| UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A | coletiva | 2 | 40,00% | |
| GEAP- FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL | coletiva | 1 | 20,00% | |
| BRADESCO SAÚDE S/A | coletiva | 1 | 20,00% | |
| TOTAL | | 5 | 100% | 100% |

A partir do gráfico a seguir foi verificado que a operadora UNIMED SEGUROS SAUDE S/A apresentou maior quantidade de processos judiciais no TJMG no período de 2015-2019, seguida das demais sociedades empresárias em similar quantidade: BRADESCO SAÚDE S.A; GEAP - FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL e GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA.



As ações judiciais referiam-se às práticas abusivas, pagamento em consignação de mensalidades e espécies de contratos de planos de saúde rescindidos unilateralmente pelas operadoras nas contratações coletivas, enquanto dados de rescisão unilateral de contrato individual e familiar não foram identificados na amostra estudada.

A delimitação dos contornos do contrato é definida por princípios que permitirão interpretar o fenômeno para a identificação do regime jurídico a que se submetem os interessados e sua extensão na realidade (BITTAR, 2004).

No caso dos planos de saúde, a autonomia de firmar o contrato é livre, destacando-se que as relações firmadas entre as partes envolvidas tem natureza jurídica privada, porém sobleva destacar que existe a função social dos contratos imperativo

principiológico de ordem pública que por vezes encontra subsídios nos direitos sociais fundamentais constitucionais, resguardando-se os aspectos protetivos da manutenção da vida precívél em tempo menor que a duração razoável de um processo judicial.

A execução fiel do contrato pelas partes em razão da força vinculatória atrelada ao princípio da irretroatibilidade assevera que somente mediante novo acordo denominado distrato é que pode deixar de produzir efeitos, não cabendo a nenhuma das partes despedirem-se unilateralmente da relação contratual, salvo exceções legais previstas no ordenamento jurídico (BITTAR, 2004).

Ocorre que nos planos coletivos existe maior insegurança jurídica àqueles que não firmaram o contrato diretamente com a operadora de planos privados de assistência à saúde como pessoa física.

A irretroatibilidade ou irrevogabilidade determina como orientação aos contratantes e a terceiros o respeito aos termos do ajuste, o qual somente por vontade dos partícipes pode sofrer injunções textuais de forma expressa por aditamento, ou de instrumento de re-retificação ou tácita pela conduta de uma parte acolher alguma modificação feita pela outra parte (BITTAR, 2004).

Muitas demandas são judicializadas em função do descumprimento contratual na saúde suplementar, sem que exista por vezes a comunicação prévia necessária da rescisão contratual, levando aquele que busca socorro ou atendimento médico a surpresas desagradáveis de tomar ciência da rescisão do contrato na hora do atendimento.

O contexto contratual também não pode sofrer mudanças, em decorrência do princípio da intangibilidade, senão mediante mútuo consenso e não por vontade unilateral dos contratantes (BITTAR, 2004).

O que ocorre nas contratações coletivas é que a pessoa jurídica e empresário individual contratantes podem tomar conhecimento das rescisões contratuais por iniciativa das operadoras e não divulgar a informação aos seus associados ou empregados ou a própria operadora ignorar o dever de informação nos contratos coletivos, gerando vários transtornos, como recusa de atendimento motivada por rescisão contratual na hora da necessidade médica instalada.

Por outro lado, em conformidade com o princípio da relatividade, o contrato não está limitado exclusivamente aos contratantes (relatividade subjetiva), limitando-se, igualmente, quanto ao objeto, à instituição de direitos pessoais (de crédito) e não à

transmissão de direitos de natureza real, de modo que quanto a seus termos se limita a correspondente extensão (relatividade objetiva) (BITTAR, 2004).

A relatividade subjetiva nos contratos coletivos delimita as partes contratuais diretas que envolvem os sujeitos contratantes desde a pessoa jurídica a pessoa física na forma de empresário individual com as operadoras de planos privados de saúde como contratadas.

Por outro lado, existe extensão no âmbito da relatividade objetiva nos contratos coletivos de planos privados de saúde, sendo imprescindível às operadoras a comprovação da notificação da rescisão contratual com a antecedência prevista nos normativos especiais a no mínimo à pessoa jurídica ou ao empresário individual contratantes, sendo passível a aplicação de penalidades quando se tratam de falhas na prestação de um serviço.

Os reflexos contratuais a outras pessoas ocorrem com os sucessores a título universal, a exemplo de herdeiros e cessionários; em caso de estipulação contratual em favor de terceiro; cláusulas contratuais personalíssimas que conferem direito de preferência; assim como os executores de prestações (BITTAR, 2004).

Da análise das decisões judiciais desta pesquisa percebeu-se que existem muitos interesses em conflitos nas contratações coletivas de planos privados de saúde e desfechos jurídicos de 1ª e 2ª instâncias, predominantemente, mais favoráveis aos beneficiários nesse segmento contratual, as quais foram ponderadas por elementos de verossimilhança, urgência da tutela por risco de perecimento de direitos e juízo de convencimento dos julgadores para cada caso.

Existem denúncias contratuais unilaterais anunciadas por operadoras em contratos coletivos quando a massa vinculada da carteira é predominantemente formada por idosos, pensionistas e aposentados, tal como a demanda ajuizada pela Associação dos Delegados de Polícia Civil de Minas Gerais - ADEPOL contra decisão proferida pelo Juízo da 6ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte que, nos autos da "Ação de Consignação em Pagamento" ajuizada no processo nº 1.0000.15.027936-2/001 em face de GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA., indeferiu o pedido de consignação. Foi ajuizada ação pela ADEPOL com pedido de tutela antecipada justamente para impedir a denúncia contratual anunciada pela GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. A tutela antecipada foi concedida a partir do processo judicial n.º 6009373- 19.2015.8.13.0024 e o contrato que existia há 30 anos continuou vigente. Porém, diante da ameaça de

rescisão contratual pelo plano privado de saúde coletivo e mesmo diante da concessão da tutela antecipada, dos 91 usuários do plano, 30 sentiram-se inseguros e pediram seu desligamento da referida operadora. Muito embora, a ADEPOL tivesse feito o pedido formal da exclusão destes 30 usuários do contrato coletivo não houve a consequente redução da mensalidade no mês subsequente, havendo cobrança de 91 usuários no plano, ignorando por completo os pedidos de exclusão feitos nos 2 meses anteriores ao vencimento, conforme determinava o contrato. A ADEPOL justificou que a não concessão da medida liminar poderia gerar o risco de a operadora GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. cancelar os atendimentos dos atuais 61 beneficiários idosos à época, considerando-se que existiam beneficiários internados, e outros em tratamento quimioterápico contínuo. A 11ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais julgou em 21/10/2015 no processo nº 1.0000.15.027936-2/001 que a tutela antecipada está condicionada à existência de prova inequívoca suficiente para o convencimento do juiz acerca da verossimilhança das alegações daquele que postula, além, do *periculum in mora* - requisito comum no plano das tutelas de urgência. Também julgou que os beneficiários associados à ADEPOL não podem ser prejudicados pela operadora GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. por uma questão meramente procedimental, considerando que informou, tempestivamente, a exclusão dos seus associados à operadora antes da emissão da fatura referente ao mês subsequente para a prestação dos serviços médicos e hospitalares.

No caso da UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, nos dois processos judiciais distintos, a lide se delimitava também à rescisão contratual de planos coletivos. Tanto a 12ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, como a 18ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, julgaram procedentes para os beneficiários a migração para um plano individual e familiar após a extinção do contrato coletivo. A 12ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais deferiu em 07/03/2018 a tutela provisória de urgência no processo nº 1.0000.17.075913-8/001 diante da demonstração da probabilidade do direito, bem como da comprovação do perigo de dano ou de ilícito, ou ainda, do comprometimento da utilidade do resultado final que a demora do processo poderia causar. Essa turma entendeu que, embora, a não renovação do contrato seja um direito da operadora de plano privado de saúde, mediante prévia notificação (art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei n.º 9.656/98), aos beneficiários devem ser oportunizadas a migração para um plano de natureza individual

ou familiar oferecido pela estipulante, nos termos do artigo 1º da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 19/1999. Com similar julgado, porém não de forma unânime, sendo vencido o voto do relator, a 18ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais deferiu em 20/02/0018 no processo nº 1.0000.17.067968-2/001 que, embora, seja conferida às operadoras de planos de saúde a faculdade de não renovação ou rescisão unilateral do contrato coletivo, o art. 1º da Resolução n.19/99 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) impõe a elas obrigação de disponibilizar e viabilizar a migração do beneficiário do plano coletivo para outro plano na modalidade individual ou familiar, dispensando-se o cumprimento de novos prazos de carência.

A GEAP - FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL é operadora de plano privado de saúde, classificada na modalidade de autogestão multipatrocinada, em conformidade com a Lei nº 9.656, de 1998. O Instituto Nacional de Seguro Social solicitou o cancelamento da inscrição da GEAP da ex-servidora Valdênia Gonçalves Diniz, em virtude de sua demissão publicada em 28/02/2014. Ato contínuo, a GEAP procedeu ao cancelamento da inscrição da titular do plano privado de saúde coletivo, e de seus dependentes. Contudo, a dependente da Sra. Valdênia, encontrava-se em acompanhamento médico quando da comunicação da rescisão do contrato coletivo de plano de saúde, para o tratamento da neoplasia maligna de mama. A 12ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais julgou em 08/08/2018 no processo nº 1.0024.14.165569-6/001 não ser lícito à empresa prestadora de serviços de saúde GEAP rescindir o contrato, clamando a situação o mesmo tratamento disposto no art. 13, inciso III da Lei 9.656, de 1998 (vedação de rescisão contratual), para situações em que o usuário estiver internado, em razão da tutela à vida e à saúde da pessoa humana, de prerrogativa constitucional.

Nas contratações coletivas empresariais, o término do contrato de trabalho e a pretensão da manutenção do plano de saúde nos termos do art. 30 da Lei 9.656, de 1998 (Brasil, 1998), ou seja, mediante pagamento integral do que antes era patrocinado em parte pelo empregador, passando a ter contribuição integral do empregado desligado sem justa causa é muito frequente. Foi o caso da ação cominatória c/c pedido de indenização por danos morais, ajuizada por Aline Gontijo Braga e Flávio Henrique Braga Nunes, os quais tiveram deferimento proferido no processo nº 1.0024.15.062307-2/001 em 09/05/2017 pelo Juízo da 6.ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte do pedido de tutela antecipada formulado na inicial, para determinar que a BRADESCO

SAÚDE S/A mantivesse o plano privado de saúde coletivo por mais tempo, com a contrapartida financeira integral dos autores sem custeio do empregador, enquanto persistisse a internação para tratamento quimioterápico da primeira autora, além do tempo mínimo legal de seis meses, eis que por ser portadora de câncer haveria risco de morte. Assim, foi decidido pela maioria dos julgadores de 2ª instância, que não poderia de imediato ser afastada a incidência da regra constante no artigo 13, inciso III da Lei nº 9.656, de 1998, muito menos aplicada a restrição temporal contida no parágrafo 1º do artigo 30 da mesma Lei (BRASIL, 1998).

O segundo autor Flávio Henrique Braga Nunes foi demitido sem justa causa em agosto de 2014 e fez uso da prerrogativa prevista no artigo 30 da Lei n.º 9.656, de 1998 (Brasil, 1998), que autoriza, nessas situações, a manutenção da condição de beneficiário e a seus dependentes, em que, igualmente, tenha contribuído, por período correspondente a um terço do tempo de permanência no plano coletivo, mediante pagamento do valor integral contratado.

A fragilidade dos contratos coletivos que confere maior insegurança jurídica reside no fato de que a regra constante no artigo 13, inciso III da Lei nº 9.656, de 1998 (Brasil, 1998) proíbe as rescisões unilaterais nos planos de contratação individual e familiar durante o período de internação hospitalar. Deste modo, a aplicação analógica favorável desta norma nos contratos coletivos carece de interpretação judicial sumulada vinculante, deixando todos os contratantes coletivos de contextos similares vulneráveis às decisões judiciais não isomórficas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que as rescisões contratuais unilaterais por vontade das operadoras de planos privados de assistência à saúde ocorrem com frequência absoluta nas contratações coletivas, evidenciando maior judicialização nesse tipo de contratação, em detrimento às contratações individuais e familiares. Como efeito, o maior litígio judicial encontra-se concentrado nas contratações coletivas de planos privados de saúde no TJMG no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2019.

O Poder Judiciário passou a ser muito demandado na nova ordem constitucional cidadã que conferiu inúmeras legislações protetivas de direitos em todos os Estados brasileiros.

Ao Poder Judiciário caberá o controle da legitimidade e legalidade do ato impugnado pelo fato de ser um controle externo das práticas abusivas judicializadas na saúde suplementar.

Diante de um rol extenso de direitos materiais prestacionais no contexto do não cumprimento ou cumprimento insuficiente das obrigações há tendência de aumentar a judicialização na saúde.

O decisionismo judicial ocorre quando impera a intervenção de um provimento provocado, sobretudo, em relação às dificuldades de se estabelecer consensos entre as partes litigantes: consumidores e operadoras de planos privados de saúde. Por outro lado, a atuação do Ministério Público por meio de ações coletivas e até mesmo na fixação de acordos consensuais entre as operadoras que resistem ao cumprimento das obrigações contratuais e os consumidores de planos de saúde podem contribuir com a redução das demandas judicializadas individualmente e estender os efeitos positivos das ações coletivas de forma difusa e sistêmica.

A proposição de políticas públicas com ênfase nas necessidades dos consumidores precisa ser contrabalançada pela maior oferta de planos individuais e familiares de contratação direta por pessoa física a fim de contrapor o aumento da adesão contratual temerária passível de rescisão unilateral e reajustes abusivos nos preços dos contratos coletivos.

Há estagnação do mercado de planos de saúde que não tem interesse em comercializar planos individuais ou familiares mais regulados pelas normas desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A falta de incentivos às práticas de concorrência no setor regulado, limitações de reajustes nos preços, vedações normativas impostas às rescisões contratuais unilaterais e dificuldades na projeção de custos futuros no momento da precificação tornaram os planos coletivos mais atraentes do que os planos individuais para as operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A defasagem da concorrência pelo governo pode causar distorções na economia de modo a afetar a livre concorrência e elevar o poder de mercado de algumas operadoras de planos de saúde que escolhem vender o negócio mais rentável.

Verificam-se também inúmeras lacunas dos mecanismos de controle regulatório para fins de coibição das práticas comerciais abusivas adotadas pelas operadoras de planos privados de saúde para captura de usuários de planos individuais ou familiares para planos coletivos.

A regulação dos planos de saúde é fundamental para o exercício dos direitos, havendo situações em que o Estado deve atuar para que os consumidores de planos de saúde exerçam também direitos fundamentais e não somente àqueles restritos aos instrumentos contratuais.

Em que se pese que os direitos na saúde suplementar dependam da liberdade e autonomia privadas, o Estado para proteger a função social contratual de ordem pública precisa julgar conflitos privados, regular, normatizar e fiscalizar a iniciativa privada quanto à inviolabilidade desses direitos no que tange à matriz fundamental pétrea constitucional quando há flagrante descumprimento contratual que coloque em risco a vida e a saúde dos contratantes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 195**, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2009a. 13 f. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 196**, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Rio de Janeiro, 2009b. 04 f. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

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

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 432**, de 27 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e altera o Anexo I da Resolução Normativa – RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2017. 03 f. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUzMA==>>. Acesso em: 05 jan.2020.

ARAÚJO, Rodrigo. **Considerações acerca das resoluções normativas nºs 195 e 196 da ANS**. 2009. Disponível em: <<http://ajadvogados.com.br/231-consideracoes-acerca-das-resolucoes-normativas-n-s-195-e-196-da-ans/>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

ASENSI, Felipe Dutra. Legitimidade, pluralismo e governamentalidade na juridicização da saúde. In: _____. **Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade. p.135-182. 2010. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10313/Indo%20al%c3%a9m%20da%20Judicializa%c3%a7%c3%a3o%20-%20O%20Minist%c3%a9rio%20P%c3%bablico%20e%20a%20sa%c3%bade%20no%20Brasil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 set.2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro. 37p. 2007. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em: 15 set.2019.

BITTAR, Carlos Alberto. **Direito dos contratos e dos atos unilaterais.** 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2004.186p.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 set. 1990a. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm. Acesso em: 17 ago. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 jun. 1998. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 25 ago. 2019.

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

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jan.2002. Seção [s.n.], p. 1. D.O.U. In: Vade Mecum Compacto. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p.155-315. Colaboração de Luiz Roberto Curia, Livia Céspedes e Juliana Nicoletti. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 28 ago.2019.

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

MATTOS, Delmo; RAMOS, Edith; CRUZ, Saile Azevedo da. A judicialização da saúde e a gestão biopolítica da vida: o Poder Judiciário e as estratégias de controle do sistema de saúde. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, Brasil, v.10, n.3, p.1745-1768, 2019.

PAIXÃO, André Luiz Soares. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Brasil, v.24, n.6, p.2167-2172, 2019.

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