

A RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE E A FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO NA JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA BRASILEIRO

Marina Fink¹

INTRODUÇÃO



Este artigo pretende analisar como a função social do contrato, insculpida no Art. 421 do Código Civil Brasileiro, tem sido utilizada como fundamento para as decisões que envolvem a resilição unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial. A análise se dará sobre decisões do Superior Tribunal de Justiça e de três tribunais estaduais brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul².

Os beneficiários de planos privados de assistência médica somam no Brasil, em 2020, 47.615.162 de usuários. Por outro lado, as operadoras de planos privados de assistência médica são um total de 1.182 em atividade³. Os planos, em sua ampla

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; pesquisadora voluntária de iniciação científica sob orientação do Professor Dr. Gerson Luis Carlos Branco.

² Optou-se por restringir a pesquisa a estes tribunais, pois observou-se que são os que mais contribuem para a formação da jurisprudência do STJ em relação ao tema, como se pode ver nas seguintes decisões da corte superior REsp nº 1.680.045/SP; REsp nº 1.701.600/SP; REsp nº 1.553.013/SP; AgInt no Agravo em REsp nº 1.132.794/SP; AgInt no REsp nº 1.704.625/SP; AgInt no REsp nº 1.763.223/SP; REsp nº 1.818.495/SP; AgInt no REsp nº 1.834.839; Embargo de Divergência em REsp nº 1.692.594/SP; AgInt no REsp nº 1.876.498/SP; AgInt no REsp nº 1.879.967/SP; AgInt no REsp nº 1.708.317/RS; REsp nº 761.114/RS; REsp nº 1.360.969/RS.

³ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e Indicadores do Setor. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 26 de abril de 2021.

maioria, são de dois tipos: coletivo empresarial e coletivo por adesão.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 64% das reclamações dos consumidores de planos de saúde diretamente para a Agência refere-se à cobertura do plano⁴. E a publicação Justiça em Números, do Conselho Nacional de Justiça, afirma que, entre 2014 e 2018, foram ajuizadas 717.263 novas ações sobre Contratos de Planos de Saúde, tudo isso, somado às ações em face do Poder Público para garantia do direito à saúde, levou a expressão “judicialização da saúde”⁵.

Em pesquisa no site do Superior Tribunal de Justiça, o termo "Plano de Saúde" encontra 4.587 acórdãos e 70.209 decisões monocráticas. Por seu turno, o termo "Seguro de Saúde" encontra 178 acórdãos e 79 decisões monocráticas. Quando aprofundada a pesquisa e utilizados os mostradores em conjunto "Função Social do Contrato" e "Plano de Saúde" encontrou-se 26 acórdãos e 2.963 decisões monocráticas. O resultado da pesquisa "Função Social do Contrato" e "Seguro de Saúde" encontrou, respectivamente, 2 acórdãos e 597 decisões monocráticas. Embora as decisões monocráticas tenham sido estudadas, optou-se por não analisá-las em razão do seu caráter predominantemente processual e por serem aplicação do entendimento dos órgãos colegiados.

Dos julgados colegiados, nove tratam sobre resilição unilateral do contrato coletivo empresarial por parte da seguradora. E em relação a este ponto, pode-se observar que os julgados tratam especificamente de um grupo contratual: são contratos coletivos empresariais cuja contratante possui menos de 30 beneficiários.

⁴ Idem.

⁵ Conselho Nacional de Justiça. *Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em 06 de setembro de 2021.

Este artigo será dividido em duas partes: uma tratando sobre as questões legislativas e doutrinárias e a segunda parte tratando sobre a análise das decisões, tanto dos tribunais estaduais quanto do Superior Tribunal de Justiça. A intenção de analisar os Tribunais estaduais é para verificar se as questões estão sendo tratadas em conformidade com a jurisprudência superior ou não.

A pesquisa não foi realizada na ótica do Direito do Consumidor, porém, a questão de fundo envolve consumidores, portanto, o trabalho apresenta um diálogo das fontes de Direito Civil e Direito do Consumidor. Além disso, se conhece que parte da doutrina compreende o Direito Civil sob a ótica Constitucional, e que este buscaria a efetivação dos direitos sociais e a dignidade da pessoa humana através das relações privadas, porém, para efeitos deste trabalho, este tema não é tratado e não é efetuado um recorte constitucional do direito à saúde aqui trabalhado, procura-se analisar os efeitos do contrato privado entre as partes, sem ignorar que esse viés está presente no tratamento do tema.

1. DISCIPLINA NORMATIVA E DOUTRINÁRIA

O mercado de seguros em geral é extremamente normatizado pelos órgãos de regulação do Estado, com os planos de saúde não seria diferente. A normatização inicia-se na Constituição Federal, passa pelo Código Civil, pelo Código de Defesa do Consumidor, pela Lei n. 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), Lei n. 10.8185/2001 (Lei das Seguradoras de Saúde) e nas 3835 Resoluções Normativas e Administrativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁶. Esta, cuja incumbência é cumprir a legislação dos planos de saúde, conforme designado na sua criação pela Lei n. 9.961 de 28 de janeiro de 2000; ANS é a

⁶ Pesquisa sobre legislação realizada no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao, Acesso em 27 de maio de 2021.

reguladora responsável por todo setor de saúde complementar brasileiro⁷.

A Lei dos Planos de Saúde (LPS) no seu artigo 1º conceitua o que é plano de saúde:

Art. 1º 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 consumidor⁸.

Neste mesmo artigo, conceitua que a operadora de plano de assistência à saúde é a pessoa jurídica que venha a ser constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que disponha de produto ou contrato na modalidade Plano Privado de Assistência à Saúde. É importante frisar que a LPS veda a venda de planos privados por pessoas físicas, sendo necessário e obrigatório, para a negociação dos planos, que a sociedade seja exclusivamente constituída para esse fim e obtenha autorização de funcionamento, obedecendo os requisitos impostos, junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Por outro lado, o seguro de saúde está regulado pela Lei n. 10.185/2001, que em seu Art. 1º afirma que as sociedades seguradoras poderão operar o seguro de planos de assistência à saúde, desde que “estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a

⁷ ANS. *Histórico*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 25 de abril de 2021.

⁸ Disposição do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 25 de abril de 2021.

atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades”⁹. A grande diferença entre os contratos é que os contratos de seguro de saúde são disponibilizados por seguradora especializada perante a Superintendência de Seguros Privados (Susep), subordinada e fiscalizada pela ANS, enquanto os contratos de planos de assistência à saúde são ofertados por operadoras de planos assistenciais de saúde e estão submetidos à Lei 9.656/1998¹⁰. Além disso, ao contrário das pessoas jurídicas que operam planos de saúde, as seguradoras especializadas não podem manter ou administrar estabelecimentos de saúde, tampouco ter em seus quadros médicos para prestação de assistência, apenas ofertando serviços que podem ser escolhidos livremente pelos segurados, v.g., odontológicos, clínicas especializadas, laboratórios, hospitais etc¹¹.

Para efeito deste artigo, serão denominados contratos de plano de saúde todos aqueles que se referirem tanto a planos de assistência à saúde quanto àqueles que se referirem à seguro de saúde.

Nas palavras de Pontes de Miranda, contrato de seguro é aquele “pelo qual o segurador se vincula, mediante pagamento de prêmio, a ressarcir ao segurado, dentro do limite que se convencionou, os danos produzidos por sinistro, ou a prestar capital ou renda quando ocorra determinado fato, concernente à vida humana, ou ao patrimônio”¹². Esse contrato serve como

⁹ Art. 1º. As sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1º, inciso I e § 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

¹⁰ PACANARO, Armando Wesley. *Aplicabilidade do princípio da função social nos contratos de seguro- saúde e planos de saúde*. Revista de Direito do Consumidor, v. 105, mai.-jun. 2016, p. 159.

¹¹ *Ibidem*, p. 159.

¹² MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. *Tratado de Direito Privado*. 3ª Ed. 2ª Reimpressão. São Paulo: Revista dos Tribunais. Parte Especial Tomo XLV – Direito das Obrigações: Contrato de Transporte. Contrato de Parceria. Jogo e Apostas. Contrato de Seguro. Seguro Terrestres, Marítimos, Fluviais, Lacustres e Aeronáuticos. Título L, capítulo 1, § 4.911, p. 271.

“proteção financeira e como meio de garantia, de segurança, contra riscos ou eventos previamente definidos em contrato”¹³.

O contrato de plano de saúde é um negócio jurídico de execução continuada e trato sucessivo¹⁴, uma relação nitidamente de natureza securitária e configuram “contratos para o futuro, de maneira que não se pode frustrar as expectativas do contratante quando se torna economicamente desinteressante”¹⁸. Estes contratos são, normalmente, de longa duração e tem por finalidade “assegurar para o consumidor o tratamento de ajuda-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a saúde deste, de sua família, dependentes ou beneficiários”¹⁵.

E, ainda, tais contratos são contratos de adesão, e em razão disso, “não há manifestação da vontade ou decisão que implique concordância com o conteúdo das cláusulas contratuais; há, apenas, a aquiescência do aderente que compra o produto ou serviço”¹⁶.

Pode-se observar que Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) distingue as modalidades de planos e seguros de saúde ofertados pelas operadoras, através do inciso VII do artigo 16, modificado pela Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001, separando-os em: (I) individual ou familiar, aquele cuja contratação é possível por pessoas naturais para si ou seus familiares; (II) coletivo empresarial, contrato efetivado por uma pessoa jurídica, cujos beneficiários possuem uma relação empregatícia ou estatutária com a contratante, sendo possível ainda a extensão ao grupo familiar dos sócios e empregados; e (III) coletivo por

¹³ *Ibidem*, p. 126.

¹⁴ GREGORI Maria Stella. *Planos de Saúde – a ótica da proteção do consumidor*. 4ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019, p. 131.

¹⁵ MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor – O novo regime das relações contratuais*. 9ª Ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Livro Eletrônico, p. RB-2.3.

¹⁶ POLIDO, Walter A. *Da limitação da autonomia privada nas operações de seguros: coletivização dos interesses – nova perspectiva social e jurídica do contrato de seguro*. Doutrinas Essenciais Obrigações e Contratos, v. 3, jun. 2011, p. 526.

adesão, contrato formalizado por uma entidade de classe e cujos beneficiários mantêm um vínculo de associação. Coube à Resolução Normativa nº 195 da ANS, de 2009, conceituar os três tipos de contratação¹⁷.

Em relação a rescisão contratual, a Lei veda a rescisão unilateral por parte da seguradora nos casos de planos de saúde

¹⁷ Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

(...)

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo¹⁷ à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;

II - os administradores da pessoa jurídica contratante;

III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - os agentes políticos;

V - os trabalhadores temporários;

VI - os estagiários e menores aprendizes;

VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

(...)

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III - associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985; VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras - DIOPE.

individuais ou familiares. Elencando as únicas possibilidades cabíveis de resilição pela seguradora quando houver fraude ou inadimplimento superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência¹⁸.

Ao tratar dos planos coletivos empresariais e por adesão, a lei é silente e subentende-se que nestes seria permitida a resilição unilateral por quaisquer um dos contratantes. Para evitar esse vácuo legislativo, a Resolução Normativa (RN) nº 195/2009 da ANS, editou o artigo 17, que trata sobre Rescisão ou Suspensão – esses são os termos utilizados na RN - especificamente dos contratos coletivos:

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão

¹⁸ Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a recontagem de carências; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de interinação dotitular (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Importante salientar que a própria lei utiliza o termo “rescisão” quando está a tratar de “resilição”.

ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência de sessenta dias.

A partir desta Resolução, a Agência passou a separar os contratos coletivos empresariais em dois grupos: aqueles que possuem menos de 30 beneficiários e aqueles que possuem mais de 30 beneficiários. Essa divisão é utilizada em artigos da Resolução Normativa n. 195 que tratam sobre carência, cobertura parcial temporária e declaração de saúde do beneficiário; nada afirmando em relação a rescisão contratual, que é tratada de forma genérica para ambos os grupos.

A ANS utiliza-se dessa divisão em outras resoluções normativas, como nº 309 de 2014, na qual a Agência regulamenta e determina o agrupamento de contratos coletivos de assistência à saúde com menos de 30 beneficiários para fins de cálculo de reajuste. Nesta normativa, o órgão regulador define que contrato agregado ao agrupamento é aquele que integra o agrupamento por conter menos de 30 beneficiários¹⁹ e obriga as operadoras a formarem um agrupamento com todos os seus planos coletivos que tenham menos de 30 beneficiários para que o cálculo do reajuste seja efetuado conjuntamente²⁰.

O objetivo de tal normativa é evitar aumentos consideráveis nos planos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários e na Exposição de Motivos da referida Resolução, encontra-se:

Os contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários estão sujeitos à carência, o que aumenta decisivamente

¹⁹ Art. 2º, II da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012: II - contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, conforme caput e § 1º do artigo 3º, observada a regra prevista no parágrafo único deste artigo.

²⁰ O art. 3º da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012 estabelece: É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias. Sendo assim, esses grupos de beneficiários têm menos poder de negociação ou de “barganha” que os contratos coletivos com 30 ou mais beneficiários. (...)

Nesse cenário vislumbra-se um prejuízo aos beneficiários vinculados aos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários na época do reajustamento do contrato, dado o baixo poder de negociação para a redução do percentual de reajuste e a necessidade de cumprir novos períodos de carência caso decidam mudar de operadora.

(...)

Propõe-se uma medida para regular o reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários mediante a utilização do agrupamento de contratos. O agrupamento de contratos tem o intuito de promover a distribuição, para todos os contratos desse agrupamento, do risco inerente à operação de cada um deles.²¹

Pela exposição de motivos da Resolução observa-se a presunção de disparidade de forças de negociação entre as empresas contratantes e as operadoras de planos de saúde e a preocupação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em resguardar os planos contratados por pequenos e microempresários.

Sobre a questão da disparidade de forças, pode-se observar que com o advento do Código Civil Brasileiro de 2002 houve a reunião das obrigações civis e empresariais e predominou no âmbito nacional um modelo dual de contratação: ou os contratos eram considerados realizados entre iguais, com cláusulas livremente negociadas entre as partes, ou se tratavam de contratos de consumo, tendo um vulnerável na relação contratual que precisava da tutela do Estado para sua proteção.

²¹ Associação Brasileira de Planos de Saúde – Abramge. *Exposição de motivos para a publicação da resolução normativa que dispõe sobre a contratação de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais por empresários individuais.*

Disponível em: https://abramge.com.br/portal/images/REGULAMEN-TACAO/cp64_exposicao_de_motivos.pdf. Acesso em: 25 de junho de 2021.

Porém, é possível observar-se uma terceira hipótese: contratos realizados entre empresas que possuem forças distintas, nos quais uma das partes possui um poder, seja ele de informações, seja ele financeiro, superior a outra²², não é possível aplicar diretamente as regras de proteção do direito do consumidor e, muitas vezes, a doutrina acaba concebendo que se deva aplicar o Art. 29 do CDC que trata sobre consumidor por equiparação²³.

Contudo, a doutrina italiana, principalmente, através de Roberto Pardolesi, cunhou o termo *terzo contratto* cuja definição coloca a empresa mais fraca da relação contratual na posição que seria do consumidor. Para o autor, os contratos são divididos em B2B (*Business to Business*) ou B2C (*Business to Consumer*) e a terceira opção seria conhecida como B2b (*Business* - representando a parte forte da relação, com B maiúsculo – *to business* – representando a parte fraca da relação, com b minúsculo)²⁴.

Essa terceira hipótese contratual, torna-se fundamental quando da edição da chamada Lei da Liberdade Econômica que inseriu no Código Civil de 2002 o Art 421-A²⁵ cuja redação

²² GREGORI, Maria Stella. *Planos de Saúde – a ótica da proteção do consumidor*. 4ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019, p. 131.

²³ Nesse sentido, José Luiz Toro da Silva em sua obra *Planos de Saúde: Limites ao poder de regular afirma* na

p.134, que: “as pessoas físicas assistidas pelos mencionados contratos coletivos podem se valer do disposto no art.29 do Código de Defesa do Consumidor, que estabelece o conceito de consumidor por equiparação” e MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIM, Antônio Herman; MIRAGEM, Bruno. *Comentários ao Código de Defesa do Consumidor*. 6ª ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2019, livro eletrônico, p. RL-1.10, que afirmam que o artigo 29 do CDC coloca na condição de consumidor aquelas pessoas que “mesmo não sendo ‘consumidores *stricto sensu*’, poderão utilizar as normas especiais do CDC, seus princípios, sua ética de responsabilidade social no mercado, sua nova ordem pública, para combater as práticas comerciais abusivas”.

²⁴ GITTI, Gregorio. *Il terzo contratto. L'abuso di potere contrattuale*. Bolonha: Società editrice il Mulino, ed. e-book. 2012. Capítulo 1.

²⁵ Art. 421-A. Os contratos civis e empresariais presumem-se paritários e simétricos até a presença de elementos concretos que justifiquem o afastamento dessa presunção, ressalvados os regimes jurídicos previstos em leis especiais, garantido também que: (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019)

afirma ser presumida a paridade dos contratos civis e empresariais, até que se tenha a presença de elementos concretos que justifiquem o afastamento da presunção. A ideia central do referido artigo é diminuir a intervenção estatal por meio do Judiciário e dar maior peso a autonomia contratual²⁶.

A princípio, a disparidade de forças não seria um problema jurídico, conquanto que o empresário vulnerável tenha possibilidade de escolhas e tenha exercido sua liberdade de contratação, porém, quando há abuso do poder econômico de uma empresa sobre a outra, há uma disparidade que não tem relação com a negociação entre as empresas, mas sim com a falta de alternativas que a empresa vulnerável sofrerá²⁷.

É o que pode ocorrer quando um empresário que firmou contrato de plano de saúde para si e seu pequeno grupo de funcionários ou familiares tem esse contrato unilateralmente resiliado pela operadora e tem que voltar ao mercado, sem qualquer poder de barganha, para negociar um novo contrato, com novos valores e novos prazos de carência²⁸.

Importante salientar que o contrato em análise tem caráter existencial e o beneficiário, seja ele dos planos individuais ou

I - as partes negociantes poderão estabelecer parâmetros objetivos para a interpretação das cláusulas negociais e de seus pressupostos de revisão ou de resolução; (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019)

II - a alocação de riscos definida pelas partes deve ser respeitada e observada; e (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019)

III - a revisão contratual somente ocorrerá de maneira excepcional e limitada. (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019)

²⁶ Garbi, Carlos Alberto. *Os contratos paritários na Teoria Geral dos Contratos - Uma visão crítica*. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/novos-horizontes-do-direito-privado/335834/os-contratos-paritarios-na-teoria-geral-dos-contratos---uma-visao-critica>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

²⁷ GARBI, Carlos Alberto. “Il Terzo Contratto” – Surge uma nova categoria de contratos empresariais? Consultor Jurídico. Publicado em 30 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-jul-30/direito-civil-atual-il-terzo-contratto-categoria-contratos-empresariais#author>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

²⁸ PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. *Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática*. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, p. 94.

familiares, seja ele dos planos coletivos, possui uma vulnerabilidade e uma dependência em relação a prestação contratada, sendo essencial uma limitação da possibilidade de rescisão unilateral por parte das operadoras²⁹. E ainda, para Paulo Luiz Netto Lôbo “os contratos que não são protegidos pelo direito do consumidor devem ser interpretados no sentido que melhor contemple o interesse social, que inclui a tutela da parte mais fraca no contrato”³⁰, essa seria a ideia do *terzo contratto*, uma proteção jurídica ao ente fraco da relação que, na situação analisada, não trata-se de um consumidor tal qual definido pelo Código de Defesa do Consumidor, nem de um consumidor por equiparação, também definido pelo CDC.

Neste ponto, a função social do contrato de planos de saúde possui uma relevante importância, pois se a relação não pode ser entendida como uma relação de consumo e não se pode aplicar diretamente o CDC, a aplicação do Art. 421 do Código Civil/2002 (CC/2002) torna-se fundamental.

Mais ainda porque tal contrato tem uma importante função social, uma vez que no Brasil tem-se um sistema híbrido de atendimento à saúde³¹: público (através do Sistema Único Saúde) e privado, do qual fazem parte os contratos de planos de saúde e seguros de saúde. Dessa forma, necessário que seja observada a garantia de previsibilidade, a estabilidade e segurança jurídica do instrumento pactuado pelas partes³².

O contrato de plano de assistência à saúde cumpre fins sociais fundamentais: garantir aos contratantes acesso ao atendimento médico para além do sistema público. Ao rescindir o

²⁹ Idem, p. 93.

³⁰ LÔBO, Paulo Luiz Netto. *Princípios sociais dos contratos no CDC e no novo código civil*. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anejos/7868-7867-1-PB.htm>. Acesso em: 28 de junho de 2021.

³¹ OLIVEIRA, Amanda Flávio de. *Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98): Dez anos depois*. Revista de Direito do Consumidor, vol. 67, jul.-set. 2008, p. 50-61.

³² BRANCO, Gerson Luiz Carlos. *Função Social dos Contratos: interpretação à luz do Código Civil*. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 203.

contrato de forma unilateral e tendo como única motivação um suposto desequilíbrio econômico, a operadora de planos de saúde prejudica a parte mais fraca da relação: os beneficiários do plano de saúde coletivo empresarial, que ficarão a mercê do mercado.

Como os contratos de plano de saúde tutelam um direito fundamental, o direito à saúde, este deve estar acima do patrimônio e, assim entendeu também o Conselho da Justiça Federal ao editar o enunciado 23 na I Jornada de Direito Civil:

A função social do contrato, prevista no art. 421 do novo Código Civil, não elimina o princípio da autonomia contratual, mas atenua ou reduz o alcance desse princípio quando presentes interesses metaindividuais ou interesse individual relativo à dignidade da pessoa humana.

E para Daniel de Macedo Alves Pereira:

o usuário de plano de saúde defende um interesse existencial (saúde) em contraposição a um interesse de cunho patrimonial da operadora de assistência à saúde, ou seja, o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. A enfermidade e a sua fragilidade são condições objetivas reveladoras de sua hipervulnerabilidade frente à operadora de plano de saúde³³.

Para além da vulnerabilidade, o beneficiário do plano de saúde coletivo empresarial deve, sim, ser considerado consumidor, pois este assume parte ou até a integralidade do pagamento das mensalidades ou do prêmio³⁴. Eles são os verdadeiros usuários finais dos serviços, e “o fato de o contrato ser coletivo não impossibilita que o beneficiário busque individualmente a tutela jurisdicional que lhe seja favorável, isto é, o restabelecimento do seu vínculo contratual com a operadora, que, em tese, foi rompido ilegalmente”³⁵. Não se está aqui afirmando que a empresa contratante deve ser reconhecida como consumidora, mas sim o beneficiário para o qual a empresa contratou o plano de saúde.

³³ PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. *Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática*. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, p. 72

³⁴ Idem, p.95.

³⁵ Idem, p.95.

Entendimento no mesmo sentido teve o Tribunal Federal da 2ª Região que, em 06 de maio de 2015, proferiu decisão nos autos da Ação Coletiva nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, ajuizada pelo Procon do Rio de Janeiro em face da ANS, que determinava a anulação do parágrafo único do Art. 17 da RN 195/2009. O pedido do Procon do Rio de Janeiro era de que o prazo de 12 meses ali estipulado beneficiava somente a operadora e colocava o consumidor em desvantagem, pois este teria que pagar uma multa por quebra da fidelidade, caso viesse a pedir a rescisão antes de tal prazo. Em sua defesa, a ANS afirmou que

a regra contida no parágrafo único do art. 17 da RN-ANS no 195/2009 não diz respeito a período mínimo pelo qual o beneficiário (consumidor) do respectivo plano coletivo (por adesão ou empresarial) deva permanecer vinculado contratualmente. Tal dispositivo se refere ao contrato firmado entre a pessoa jurídica (ao qual o beneficiário/consumidor se encontra vinculado, em caráter associativo, de classe ou empregatício) e a operadora de planos de saúde. Essa é a relação jurídica sujeita a prazo mínimo para rescisão imotivada, nos termos da RN 195/2009³⁶.

A tese apresentada pela ANS é de que, se houver alguma multa contratual é somente na relação pessoa jurídica contratante e operadora e que não se aplica ao beneficiário, sendo que a rescisão contratual seria de todo o contrato coletivo, não tendo incidência “no caso de extinção do vínculo do beneficiário com o contrato coletivo (que continua vigente) a seu pedido (via pessoa jurídica contratante)”³⁷.

Em sua decisão, a Desembargadora afirma que

ainda que o contrato seja firmado entre o empregador e a operadora do plano de saúde, posteriormente, o beneficiário passará a figurar na relação jurídica e, a forma como a mesma foi

³⁶ RIO DE JANEIRO. Tribunal Federal da 2ª Região. Apelação Civil n. 0136265-83.2013.4.02.5101. TurmaEspec. III - Administrativo e Cível. Rel. Desª. Vera Lúcia Lima. Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2016.

³⁷ Idem.

estabelecida, não retira, de forma alguma, o consumidor de sua relação de hipossuficiência³⁸.

A decisão, na sequência, afirma que cláusula contratual que permite a aplicação de multa por rescisão contratual “viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso”, e ensejaria uma prática abusiva ao permitir à percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde³⁹.

Tal decisão foi executada pela ANS, que em 30 de março de 2020 editou a RN nº 455/2020 para anular o parágrafo único que afirmava: “os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias”.

Outra normativa importante de ser citada é a Resolução Normativa nº 432 de 27 de dezembro 2017, que dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual. O Art. 2º prevê a permissão de contratação da modalidade coletivo empresarial para empresário individual e o condiciona às previsões legais da Resolução nº 195/2009⁴⁰. O Art. 3º da Resolução 432/2017 prevê que a

³⁸ Idem.

³⁹ Idem.

⁴⁰ Art. 2º O empresário individual poderá contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, previsto no art. 5º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que 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.

§ 1º Para a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, de acordo com sua forma de constituição.

§ 2º Para a manutenção do contrato coletivo empresarial, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade

cada aniversário do contrato as operadoras devem exigir do empresário individual documentação elencada no Art. 2º, e o parágrafo 1º do Art. 3º permite que a operadora rescinda o contrato caso seja verificada a ilegitimidade do contratante, com aviso prévio de 60 dias, e, permitindo, que o empresário faça a devida comprovação neste prazo⁴¹. Mais importante ainda é o que trata o Art. 7º da referida normativa:

Art. 7º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do art. 2º, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

Como pode-se observar no Art. 7º da RN 432/2017, a ANS obriga as operadoras a justificarem as razões da rescisão contratual em contratos celebrados com empresário individual.

Frente a isto, observa-se que a tendência da doutrina é identificar os beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais como vulneráveis e aplicar a proteção do Código de Defesa do Consumidor para toda a relação contratual estabelecida, seja a relação direta entre a pessoa jurídica e a operadora de planos de saúde, seja a relação do beneficiário com a operadora de saúde.

cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição.

⁴¹ Art. 3º Nos contratos coletivos empresariais celebrados por empresários individuais, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como as administradoras de benefícios, no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, e, anualmente, no mês de aniversário do contrato, deverão exigir a comprovação:

I – prevista no art. 2º; e

II – dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados, dispostos no art. 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, quando for o caso.

§ 1º Verificada a ilegitimidade do contratante no aniversário do contrato, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

No próximo tópico será analisada de que forma os tribunais estão decidindo em relação a rescisão contratual de forma unilateral pelas operadoras, buscando identificar nos fundamentos das decisões se os Tribunais coadunam ou não com a doutrina e, principalmente, se o fundamento das decisões está na legislação, pois desde 2017 a ANS exige motivação para a rescisão unilateral por parte das operadoras, via Art. 7º da RN 432/2017.

2. ANÁLISE DAS DECISÕES DOS TRIBUNAIS

Este capítulo tem por objetivo analisar o posicionamento de três tribunais estaduais: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo, além do posicionamento do Superior Tribunal de Justiça em relação à possibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde por parte das seguradoras. A escolha dos referidos Tribunais se deu pela importância que possuem no cenário nacional e pela quantidade de decisões suas que sobem à Corte Superior.

A metodologia utilizada foi buscar nos referidos sites dos Tribunais as decisões com os marcadores de busca “rescisão contratual” e “plano de saúde coletivo”, dessa forma foram encontradas as seguintes decisões:

Tribunal	Decisões
TJRS	52
TJRJ	26
TJSP	316

Após essa busca inicial, passou-se a leitura individual das decisões e separou-se somente aquelas que tratavam de rescisão unilateral das operadoras para análise dos fundamentos das

decisões, chegando-se a:

Tribunal	Decisões
TJRS	23
TJRJ	7
TJSP	132

Importante salientar que foram excluídos aqueles julgados que tratavam de extensão do contrato coletivo quando havia um beneficiário em tratamento médico e cuja decisão cabiasoamente àquele beneficiário⁴². Também foram excluídas as decisões que versavam sobre resilição contratual por parte da empresa contratante sem a anuência do beneficiário pois a discussão travada nessas decisões é estranha ao objeto deste trabalho.

Em relação as decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, o trabalho analisou as vinte e três decisões elencadas na tabela acima e observa-se que o entendimento é no sentido de que a liberdade contratual permite tal cláusula de resilição e, assim, a consideram válida. Afirmam que não se aplica o CDC por se tratarem de contratos firmados entre duas empresas e, por isso, não há que se falar em vulnerabilidade⁴³.

⁴² Em relação a esta situação específica, observou-se que os três Tribunais estaduais possuem entendimento no sentido de manutenção do plano até o final do tratamento, não tendo sido encontrada nenhuma decisão em contrário.

⁴³ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70079464749. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 14 de março 2019. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70063161202. Sexta Câmara Cível, Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 14 de julho de 2016. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70068661222. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 29 de setembro de 2016. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70065782682. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 29 de setembro de 2016. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70074048539. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 20 de julho de 2017. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70071096804. Sexta

Um dos julgados afirma que a contratação por pessoa jurídica não afasta, por si só, a aplicação do CDC, porém, relativiza a vulnerabilidade do contratante. E segue:

A existência de cláusula expressa, redigida de forma clara, que prevê a rescisão contratual imotivada a qualquer tempo, observada a necessidade da notificação, faz com que prevaleça a autonomia de vontade das partes. Referida disposição não afronta os ditames das normas que regulam os planos de saúde, não havendo qualquer óbice à rescisão unilateral do contrato.⁴⁴

Na Apelação Civil nº 70080672124, observa-se a afirmação de que plano de saúde contratado somente para os sócios e seus familiares não se enquadra na *ratio decidendi* dos julgados do STJ que tratam de micro empresas, pois a operadora teria negociado a possibilidade de um plano para todos os funcionários antes da rescisão e que a empresa contratante não aceitou os termos. Por conta dessa negociação, conclui a decisão que a empresa contratante teria igualdade de forças frente à operadora e, por isso, não poder-se-ia falar em vulnerabilidade (mesmo que o plano contratado tenha sido somente para o sócio e seus familiares)⁴⁵.

Em relação ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro foram analisadas as sete decisões separadas e pode-se observar que o Tribunal entende ser

plenamente possível a rescisão contratual de plano de saúde coletivo entre operadora e estipulante, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, conforme previsto no artigo 17 e parágrafo único da

Câmara Cível, Rel. Des. Alex Custodio. Porto Alegre, 26 de outubro de 2017.

⁴⁴ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70073958233. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto, Porto Alegre, 28 de setembro de 2017; n.m.s. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70074048539. Sexta Câmara Cível. Rel. Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 20 de julho de 2017.

⁴⁵ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 70080672124, Quinta Câmara Cível. Rel. Des.ª Lusmary Fatima Turelly da Silva. Porto Alegre, 05 de maio de 2019.

Resolução Normativa ANS nº 195/2009⁴⁶.

A decisão não leva em consideração a quantidade de beneficiários e afirma que a operadora entrou em contato para reajuste, não tendo conseguido negociar no patamar desejado pediu a rescisão contratual, fato que posteriormente será observado ser de fundamental importância em julgado do STJ sobre o tema. A decisão também não leva em consideração que o parágrafo único do Art. 17 da RN 195/2009 da ANS foi anulado e, na data do julgado, não estava mais em vigor.

Na Ação Civil Pública do Procon do Rio de Janeiro em face da ANS, tratada no item anterior, a decisão afirma que “quer se trate de plano/seguro de contratação coletiva, o usuário terá sempre em seu favor as normas de proteção do CDC, pois ambos são típicos contratos de consumo”⁴⁷, demonstrando que há uma distinção de entendimentos pelos Tribunais do Rio de Janeiro. Na esfera federal, os tribunais entendem que se aplica o Código de Defesa do Consumidor para os contratos de planos/seguro de saúde contratados de forma coletiva e na esfera estadual entendem pela não aplicação.

Em relação a rescisão unilateral pela operadora, a decisão analisada entende que, como está redigida a regra do Art. 17 da RN 195/2009, permite que o contrato de planos de saúde seja rescindido unilateralmente pela operadora, impondo-se, assim, “ao aderente, depois de vários anos de contrato, o cancelamento unilateral e novas regras de contratação”⁴⁸ e que mesmo com a alegação de desequilíbrio contratual, negar a renovação automática coloca o consumidor em desvantagem exagerada “na medida em que, a despeito da natureza da modalidade contratual e da função

⁴⁶ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 0034858-83.2018.8.19.0014. Sétima Câmara Civil, Rel. Des. Claudio Brandão de Oliveira, Rio de Janeiro, 16 de março de 2021.

⁴⁷ RIO DE JANEIRO. Tribunal Federal da 2ª Região. Apelação Civil n. 0136265-83.2013.4.02.5101. Turma Espec. III - Administrativo e Cível Rel. Des Vera Lúcia Lima, Rio de Janeiro, 06 de maio de 2015.

⁴⁸ Idem.

social do contrato”⁴⁹ e, dessa forma, estaria sendo atendido, exclusivamente, os interesses econômicos da operadora do plano de saúde.

Em relação ao Tribunal de Justiça de São Paulo, pode-se observar nas 132 decisões analisadas que até 2015 o Tribunal possuía três entendimentos:

- a rescisão unilateral pelas operadoras é abusiva quando não são informados motivos idôneos, quebrando a boa-fé objetiva e a função social do contrato⁵⁰;
- a rescisão unilateral com base em cláusula contratual é válida quando não há beneficiários em tratamento médico⁵¹;
- rescisão unilateral por parte da operadora baseada em cláusula contratual expressa e com observância dos requisitos da Resolução nº 195/2009 da ANS é válida⁵².

E que a partir de 2016 o Tribunal paulista passa a entender que as operadoras de planos de saúde não podem rescindir unilateralmente de forma imotivada os contratos com empresas com até 30 beneficiários. Afirmam que a pactuação de cláusula de rescisão unilateral encerra em si ilegal disposição potestativa, “colocando o beneficiário em posição de extrema desvantagem”⁵³ e

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 2193191-88.2014.8.26.0000. Nona Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Piva Rodrigues, São Paulo, 27 de março de 2015.

⁵¹ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1011110-93.2014.8.26.0161. Quarta Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Milton Carvalho. São Paulo, 14 de maio de 2015.

⁵² SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 0173755-42.2012.8.26.0100. Sexta Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Vito Guglielmi. São Paulo, 02 de outubro de 2014.

⁵³ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1023403-33.2014.8.26.0602. Sétima Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Rômulo Russo. São Paulo, 25 de outubro de 2016. N.m.s., SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1009989-82.2020.8.26.0011. Quinta Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Ericksin Gavazza Marques. São Paulo, 13 de maio de 2021. SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1049445- 97.2019.8.26.0100. Sexta Câmara de Direito Privado, Rel. Des⁴

que a conduta da operadora é antijurídica.

Na Apelação Civil nº 1033377-48.2014.8.26.0100, julgada em 04 de novembro de 2016, a decisão afirma que a permissão da rescisão unilateral por parte das operadoras as deixa em vantagem para tentarem aumentar os valores dos prêmios, e não tendo conseguido, simplesmente denunciam o contrato. Dessa forma, é abusivo o argumento de que houve um aumento de sinistralidade e que a operadora não está permitia a aumentar o valor por conta da RN nº 309/2009 da ANS. A decisão afirma que para a operadora

o contrato só poderia existir enquanto lhe estava sendo garantido vultoso lucro, mas quando há o aumento na sinistralidade, ela se dispõe a rescindir a avença e abandonar, sem qualquer justificativa legítima, o parceiro que sempre pagou regularmente o prêmio⁵⁴.

Por outro lado, uma decisão isolada da 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo entendeu de forma diversa, afirmando que seria válida a rescisão unilateral por parte da seguradora por conta da autonomia da manifestação de vontade das partes. Além disso, a decisão apresenta o argumento de que se tratam de duas empresas contratando, logo, não há que se falar em vulnerabilidade de qualquer das partes⁵⁵.

Quando chamado a se pronunciar, o STJ entendeu, inicialmente, que a empresa contratante deveria ser considerada vulnerável, pois o contrato beneficiava apenas a família dosócio ou um número reduzido de beneficiários e, por isso, aplicaram o Código de Defesa do Consumidor, impedindo a rescisão

Ana Maria Baldy. São Paulo, 20 de maio de 2021. SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1013353-71.2020.8.26.0008. Sétima Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Rômulo Russo. São Paulo, 21 de julho de 2021.

⁵⁴ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1033377-48.2014.8.26.0100. Oitava Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Silvério da Silva. São Paulo, 4 de novembro de 2016.

⁵⁵ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Apelação Civil nº 1091305-78.2019.8.26.0100. Sexta Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Vito Guglielmi. São Paulo, 2 de junho de 2021.

unilateral do contrato por parte da seguradora, em ofensa à boa-fé objetiva e à função social do contrato⁵⁶.

O fundamento principal seria que a natureza da relação entre as partes não poderia ser qualificada sem uma reflexão sobre o contexto no qual o contrato foi celebrado. E por tratar-se de um contrato coletivo empresarial cujos beneficiários são, somente, os membros da família do empresário individual, entendeu o STJ ser possível a excepcionalidade da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Essa vulnerabilidade está observada pela própria ANS que editou duas Resoluções (a Resolução Normativa nº 309 de 2012, que regula sobre o agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação do reajuste e a Resolução Normativa nº 432 de 2017 que dispõe sobre a contratação de planos por empresário individual) para proteger o micro e pequeno empresário que contrata com as operadoras de planos de saúde.

Em um segundo julgado de 06 de março de 2018⁵⁷, relatado pela ministra Nancy Andrighi, afirma que as vantagens da contratação coletiva empresarial influenciam no grau de intervenção da ANS, visto que nos planos individuais e/ou familiares a regulação da Agência é tamanha que, por exemplo, os reajustes anuais precisam passar por aprovação da ANS⁵⁸, e por conta disso “parte-se do pressuposto de que as pessoas jurídicas contratantes têm maior autonomia para efetuar negociações

⁵⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgRg no RECURSO ESPECIAL nº 1.541.849-DF. Quarta Turma. Relator Min. Raul Araújo. Julgado em 15 de outubro de 2013, DJe 09/11/2015.

⁵⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.701.600-SP. Terceira Turma. Relatora Min. Nancy Andrighi. Julgado em 06 de março de 2018, DJe 09/03/2018.

⁵⁸ Resolução Normativa da ANS nº 171/2008 – Art. 2º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em : <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI4NA>. Acesso em: 12 de março de 2021.

com as operadoras e lograr condições mais favoráveis à população de beneficiários para a qual opera”⁵⁹.

Na análise do acórdão, em uma simples subsunção do fato a norma, a resilição unilateral do contrato pela seguradora estaria permitida, visto que o contrato analisado se trata de coletivo empresarial e a operadora havia realizado o procedimento descrito no Art. 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS⁶⁰. Porém, a circunstância fática relevante é que a empresa contratante é, em verdade, uma empresa individual e que são apenas dois os beneficiários do referido contrato.

Essa informação demonstra que, sob a ficção de a contratação ter ocorrido entre duas pessoas jurídicas de igual força no mercado, em verdade, ocorreu a estipulação de um contrato em favor de um casal a partir de uma figura de empresário individual. (...)

Toda a construção da Lei dos Planos de Saúde, bem como a própria estruturação do conceito dos planos coletivos empresariais delineada RN ANS 195/09 estão voltados para o elemento central acerca da população vinculada a uma pessoa jurídica, seja por vínculo empregatício/estatutário, seja por vínculo profissional, classista ou setorial. Ora, a contratação por uma microempresa de plano de saúde em favor de dois únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários⁶¹.

Para a decisão, a intenção da operadora de plano de saúde de resilir o contrato coletivo empresarial com apenas dois

⁵⁹ *Idem*.

⁶⁰ Art. 17, da Resolução Normativa nº 195/2009: Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>

Acesso em: 12 de março de 2021.

⁶¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.701.600-SP. Terceira Turma. Relatora Min. Nancy Andrighi. Julgado em 06 de março de 2018, DJe 09/03/2018.

beneficiários é um abuso de direito, pois o contrato entabulado entre as partes seria “um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar”⁶².

A partir do Recurso Especial nº 1.553.013-SP, julgado no dia 13 de março de 2018, a Terceira Turma, sob relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, firmou a tese que vem sendo aplicada desde então pelo Tribunal Superior. A controvérsia era sobre a validade da cláusula contratual que admite a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde coletivo empresarial que contém menos de 30 beneficiários. A grande dúvida era saber se a operadora e a pessoa jurídica contratante possuem ampla margem de negociação e realizam o negócio jurídico sem que seja configurada a hipossuficiência de uma em relação a outra.

A decisão está fundamenta na conduta abusiva das operadoras frente à vulnerabilidade das pequenas empresas. Este argumento firmou a tese de que nesses contratos é necessário que haja uma motivação idônea para a rescisão contratual.

Em função das diferenças que a ANS impôs na RN nº 195/2009 para os planos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários, entendeu a decisão que este grupo de contratos apresentam características híbridas, pois “possuem alguns comportamentos dos contratos individuais ou familiares, apesar de serem coletivos”⁶³.

O acórdão ainda elenca as similitudes entre os planos coletivos empresariais com poucos beneficiários e os planos individuais/familiares:

⁶² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.701.600-SP. Terceira Turma. Relatora Min. Nancy Andrighi. Julgado em 06 de março de 2018, DJe 09/03/2018.

⁶³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.553.013-SP. Terceira Turma, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 13 de março de 2018, DJe 20/03/2018.

- reduzida diluição do risco;
- exigência do cumprimento de carências.

E as diferenças dos referidos planos, que levam a redução no valor para comercialização dos planos coletivos empresariais:

- sujeitos à rescisão unilateral pela operadora;
- reajustes livremente pactuados.

Segundo a própria ANS, esses motivos podem “criar uma falsa percepção de que são mais vantajosos no momento de sua contratação”⁶⁴. A grande diferença em relação aos reajustes é que nos planos individuais ou familiares é necessária a prévia autorização da ANS, que regula, inclusive, os percentuais mínimos e máximos do reajuste.

No caso em análise, a decisão afirma que o contrato é um típico contrato coletivo empresarial com menos de 30 beneficiários e não deve ser transformado em plano familiar, pois este não possui a figura do estipulante, nem se deve aplicar diretamente o CDC para evitar a desnaturação da contratação, decidindo de forma diversa a que vinha sendo aplicada pela Corte até então. Desta forma, não pode ser aplicado o art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9.656/1998⁶⁵, que proíbe a rescisão unilateral nos

⁶⁴ Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Exposição de Motivos - Proposta de Resolução Normativa - Reajuste dos Contratos Coletivos com menos de 30 Beneficiários - Agrupamento de Contratos*. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20120731_cp48_motivos.pdf. Acesso em 03 de julho de 2021.

⁶⁵ Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei tem renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o *caput*, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 2001)

I - a recontagem de carências; (Redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 2001)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-

planos individuais ou familiares. Por outro lado, a decisão observa que há vulnerabilidade nos contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários e aplica a função social do contrato para evitar abusividades, logo, a rescisão só será permitida com motivação idônea.

Tal motivação não pode ser “meras alegações de elevação da taxa de sinistralidade do plano considerado individualmente”⁶⁶. A operadora não pode “tentar majorar, de forma desarrazoada e desproporcional, o custeio do plano de saúde, e, após, rescindi-lo unilateralmente, já que tal comportamento configura abusividade nos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários”⁶⁷.

Em outro Recurso Especial, o voto condutor proferido pela Ministra Nancy Andrighi afirma: “permitir que as operadoras realizem rescisões de forma unilateral e, principalmente, sem qualquer fundamentação, pode ser uma forma de falsa legalidade para a realização de verdadeiras injustiças aos usuários dos planos de saúde”, e conclui que “a conduta das operadoras em rescindir o contrato unilateralmente deve vir acompanhada de motivação concreta para o consumidor vulnerável ser efetivamente informado e, eventualmente, buscar socorro judicial para situação de verdadeira ilegalidade”⁶⁸.

pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 2001)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de intersetoria. (Incluído pela Medida Provisória no 2.177-44, de 2001). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 25 de abril de 2021.

⁶⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.553.013-SP. Terceira Turma, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 13 de março de 2018, DJE 20/03/2018.

⁶⁷ Idem.

⁶⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1.762.230-SP. Terceira Turma. Rel. Min. Nancy Andrighi. Julgado em 12 de fevereiro de 2019, DJe 15/02/2019. Importante observar que a Ministra está tratando de um julgado de plano de saúde coletivo

Por seu turno, a Quarta Turma da 2ª Seção do STJ, em julgado datado de 12 de março de 2019, determinou que é válida a cláusula contratual que permite a rescisão unilateral por parte da seguradora desde que haja motivação idônea. No caso em análise a operadora justificou a rescisão por conta do aumento de sinistralidade, porém entendeu a decisão que a alegação era vazia de fundamentos, ferindo assim, a boa-fé objetiva e a função social do contrato. O Acórdão afirma que

A notificação encerra, portanto, flagrante dubiedade porque, ou bem a seguradora denuncia o ajuste porque (a) não mais tem interesse na continuidade dele, ou bem o deseja porque (b) aumentada a sinistralidade.

Está presente neste caso, então, particularidade que não pode ser desconsiderada e que denota a verdadeira intenção da ré: encerrar o contrato por evidência de aumento na sinistralidade (essa a causa sustentada na notificação).

A seguradora não diz por que houve aumento da sinistralidade. Afirma somente que os números atingidos ficam longe do mínimo adequado, motivando assim o cancelamento do contrato com base na mencionada cláusula. A planilha elaborada por ela às fls. 311 traz somente o índice de variação de sinistralidade do contrato. Mas, não há nada que esclareça em que se baseou este custo⁶⁹.

Dessa forma, seria necessário que a motivação, sendo ela por aumento da sinistralidade, venha acompanhada da apresentação dos cálculos atuariais, fato que no, caso concreto, não ocorreu.

Em 12 de fevereiro de 2020, a Segunda Seção do STJ sedimentou o entendimento no sentido de que, em decorrência da aplicação do CDC, os contratos coletivos com menos de 30

empresarial e utiliza-se do termo “consumidor”. Tal entendimento levou o Tribunal Federal da 2ª Região a confirmar sentença do juízo do Rio de Janeiro em ação protocolada pelo Procon do Rio de Janeiro em face da ANS, já apresentada no ponto 1.1. deste trabalho.

⁶⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AgInt no Agravo em Recurso Especial nº 1.132.794-SP. Quarta Turma. Rel. Min. Raul Araújo. Julgado em 12 de março de 2019, DJe 20/03/2019.

beneficiários não podem ser rescindidos unilateralmente pela operadora sem motivação idônea⁷⁴.

Constata-se a vulnerabilidade dos planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) beneficiários, cujos estipulantes possuem pouco poder de negociação diante da operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.

Ressaltou-se, ainda, que não se pode transmudar o contrato em plano familiar a fim de se aplicar a vedação do art. 13, parágrafo único, II da Lei n. 9.656/1998. Contudo, em razão da aludida natureza híbrida do contrato e da vulnerabilidade dos planos com menos de 30 (trinta) beneficiários, a rescisão deve ser devidamente motivada, incidindo a legislação consumerista.

Desde março de 2020 está em pauta na Segunda Seção do STJ o Tema nº 1047, tendo como questão submetida a julgamento a validade de cláusula contratual que admite a rescisão unilateral, independente de motivação idônea, do plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 (trinta) beneficiários. Foram selecionados três recursos para análise do Tema: REsp n. 1.856.311/SP, REsp n. 1.847.071/SP e REsp 1.841.692/SP. Até a presente data, os três Recursos encontram-se conclusos para decisão do Ministro Raul Araújo.

CONCLUSÃO

Com o sistema de saúde público superlotado e com a precarização dos atendimentos via SUS, a busca por resguardo nos planos privados aumenta, porém, os consumidores também têm suas limitações financeiras e acabam contratando aqueles planos cujo desembolso mensal seja menor.

Essa busca pode ser por planos empresariais (mesmo que com poucos beneficiários) ou por planos individuais/familiares que acabam tendo cobertura menor e, por consequência, menor custo.

Ao longo do desenvolvimento deste artigo pode-se observar a importância e relevância do tema. O tema da rescisão

unilateral está sendo tratado na Corte Superior sob o Tema nº 1047.

Observa-se que no tema em questão, o STJ se utiliza da função social do contrato para fundamentar suas decisões. A Corte Superior afirma que a função social do contrato de plano de saúde é manter a vida e restabelecer a saúde. Sendo que aplica a função social dos contratos ora como diretriz hermenêutica para decidir em um sentido ou outro quando há dúvida, ora como instrumento de integração na interpretação dos contratos, e, ainda, atenuando o conteúdo de cláusulas contratuais por conta da disparidade de forças.

Ainda, observa-se que nem nos Tribunais Estaduais nem na Corte Superior é mencionado o Art. 7º da RN nº 432/2017 que obriga as operadoras a apresentarem motivação no caso de rescisão contratual em contratos com empresários individuais. E que apesar de não usarem o termo *terzo contratto* o que o STJ faz é aplicar a teoria de que na relação contratual analisada uma empresa é vulnerável em relação a outra.

Observa-se o quanto é fundamental a unificação da jurisprudência, pois, como pode-se ver, os tribunais estaduais possuem entendimentos contrários. Em relação a rescisão unilateral os Tribunais gaúcho e fluminense entendem ser plenamente possível, por conta da liberdade contratual, que as operadoras venham a resilir o contrato com empresas com menos de 30 beneficiários. Por seu turno, o Tribunal paulista está alinhado com as decisões da Corte Superior que entendem não ser possível tal rescisão unilateral por parte das operadoras sem motivação idônea. Em prol da segurança jurídica, torna-se importantíssimo que o Superior Tribunal de Justiça unifique seu entendimento.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 15 de maio de 2021.
- . Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. *Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm. Acesso em: 15 de maio de 2021.
- . Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 de maio de 2021.
- . Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. *Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 25 de abril de 2021.
- . Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. *Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 07 de julho de maio de 2021.
- . Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. *Código Civil. Institui o Código Civil*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 15 de maio de 2021.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Histórico*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 25 de abril de 2021.
- . Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008.

- Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.* Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI4NA==>. Acesso em: 12 de março de 2021.
- . 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.* Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 12 de março de 2021.
 - . Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012. *Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.* Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI4Mg==>. Acesso em: 17 de julho de 2021.
 - . *Busca de Legislação.* Disponível em: https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao. Acesso em: 17 de julho de 2021.
 - . *Dados e Indicadores do Setor.* Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 26 de abril de 2021.
 - . *Exposição de Motivos – Proposta de Resolução Normativa – Reajuste dos Contratos Coletivos com menos de 30 beneficiários – Agrupamento de Contratos.* Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/20120731_cp48_motivo_s.pdf. Acesso em: 03 de julho de 2021.

. *O que é o Rol de Procedimentos e Evento em Saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1/o-que-e-o-rol-de-procedimentos-e-evento-em-saude#:~:text=O%20Rol%20de%20Procedimentos%20e%20Eventos%20em%20Sa%C3%B Ade%20garante%20e,e%20acompanhamento%20de%20doen%C3%A7as%20e>. Acesso em: 03 de agosto de 2021.

Associação Brasileira de Planos de Saúde – Abramge. *Exposição de motivos para a publicação da resolução normativa que dispõe sobre a contratação de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais por empresários individuais*. Disponível em: https://abramge.com.br/portal/images/REGULAMEN-TACAO/cp64_exposicao_de_motivos.p df. Acesso em: 25 de junho de 2021.

BRANCO, Gerson Luiz Carlos. *Função Social dos Contratos: interpretação à luz do Código Civil*. São Paulo: Saraiva, 2009.

CHIANCA JR., Nildeval; CATENA JR., Osvaldo José. *Operadoras de planos de saúde: vilãs da sociedade ou vítimas do sistema?* In: Revista de Direito da Saúde Suplementar. Quartier Latin: 2020, Ano 4, nº4.

COELHO, Fábio Ulhoa. *Contratos*. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>

- f. Acesso em: 06 de setembro de 2021.
- Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1.401 de 1993*. Disponível em: http://cooeso.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Resolucao_CFM_n_1401_de_1993_-_Qualidade_no_atendimento_medico.pdf. Acesso em 16 de agosto de 2021.
- GARBI, Carlos Alberto. “*Il Terzo Contratto*” – *Surge uma nova categoria de contratos empresariais?* Consultor Jurídico. Publicado em 30 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-jul-30/direito-civil-atual-il-terzo-contratto-categoria-contratos-empresariais#author>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.
- GARBI, Carlos Alberto. *Os contratos paritários na Teoria Geral dos Contratos - Uma visão crítica*. Migalhas. Publicado em 4 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/novos-horizontes-do-direito-privado/335834/os-contratos-paritarios-na-teoria-geral-dos-contratos---uma-visao-critica>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.
- GITTI, Gregorio. *Il terzo contratto. L'abuso di potere contrattuale*. Bolonha: Società editrice il Mulino, ed. e-book. 2012. ISBN: 978-8815125255.
- GOMES, Josiane Araújo. *Contratos de planos de saúde – a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde*. 2ª Ed. Editora Mizuno: 2020.
- GREGORI, Maria Stella. *Planos de Saúde – a ótica da proteção do consumidor*. 4ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.
- KELSEN, Hans. *Teoria Pura do Direito: introdução à problemática científica do direito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006. Tradução: J. Cretella Jr. e Agnes Cretella.
- LÔBO, Paulo Luiz Netto. *Princípios sociais dos contratos no*

- CDC e no novo código civil*. Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/ane-xos/7868-7867-1-PB.htm>. Acesso em 28 de junho de 2021.
- MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. *Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999. p. 81.
- MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIM, Antônio Herman; MIRAGEM, Bruno. *Comentários ao Código de Defesa do Consumidor*. 6a ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2019. Livro eletrônico, ISBN 978-85-5321-378-8.
- MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor – O novo regime das relações contratuais*. 9a Ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Livro Eletrônico, ISBN 978-85-5321-428-0.
- MIRAGEM, Bruno. *O Contrato de Seguro e os Direitos do Consumidor*. Revista de Direito do Consumidor, vol. 76, out-dez/2010, p. 239-276.
- MIRAGEM, Bruno. SALOMÃO, Luis Felipe; TARTUCE, Flávio (Orgs.). *Direito civil: diálogos entre a doutrina e a jurisprudência*. São Paulo: Atlas, 2018.
- MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. *Tratado de Direito Privado*. 3a Ed. 2a Reimpressão. São Paulo: Revista dos Tribunais. Parte Especial Tomo XLV – *Direito das Obrigações: Contrato de Transporte. Contrato de Parceria. Jogo e Aposta. Contrato de Seguro. Seguro Terrestres, Marítimos, Fluviais, Lacustres e Aeronáuticos*. Título L, capítulo 1, § 4.911.
- OLIVEIRA, André Furtado. *Questionamentos acerca da aplicação indiscriminada da função social do contrato: uma análise do impacto nos contratos de plano de saúde*.

- Revista de Direito Privado, vol. 79, julho de 2017, p.49-81.
- OLIVEIRA, Amanda Flávio de. *Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98): Dez anos depois*. Revista de Direito do Consumidor, vol. 67, jul.-set. 2008, p. 50-61.
- PACANARO, Armando Wesley. *Aplicabilidade do princípio da função social nos contratos de seguro-saúde e planos de saúde*. Revista de Direito do Consumidor, v. 105, mai.-jun. 2016, p. 155-173.
- PASQUALOTTO, Adalberto. MARQUES, Claudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (Coords.). *Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.
- PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. *Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos: Teoria e Prática*. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.
- POLIDO, Walter A. *Da limitação da autonomia privada nas operações de seguros: coletivização dos interesses – nova perspectiva social e jurídica do contrato de seguro*. Doutrinas Essenciais Obrigações e Contratos, v. 3, jun. 2011, p. 521-558.
- SCHULMAN, Gabriel. *Planos de Saúde – Saúde e Contrato na Contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.
- SILVA, José Luiz Toro da. *Planos de Saúde: Limites ao poder de Regular*. São Paulo: Quartier Latin, 2017.
- SILVA, Luís Renato Ferreira da. *Revisão dos contratos: do Código Civil ao Código do Consumidor*. Rio de Janeiro: Forense, 1998.
- SILVESTRE, Gilberto Fachetti. *A Responsabilidade Civil pela Violação à Função Social do Contrato*. São Paulo: Almedina, 2018.
- Serviços Técnicos e Atuariais. *A Base atuarial dos planos de saúde*. Disponível em: [https://silo.tips/queue/a-base-](https://silo.tips/queue/a-base)

atuarial-dos-planos-de-saude?&queue_id=-1&v=1634411832&u=MTc3LjEyLjQxLjQ0, em 16 de outubro de 2021.

VIANNA, Eliane Gonçalves. *Agência Nacional de Saúde Suplementar: uma Regulação Social, Técnica, Econômica e Concorrencial*. In: Revista de Direito da Saúde Suplementar. Quartier Latin: 2019, Ano 3, nº 3, p. 18.

WELSCH, Gisele Mazzoni. *A interpretação integrativa e a revisão judicial dos contratos*. Disponível em: <http://gislewelsch.com.br/static/arquivos-publicacoes/Artigo%206%20%20A%20interpretacao%20integrativa%20e%20a%20revisao%20judicial%20dos%20contratos.pdf>. Acesso em: 16 de outubro de 2021.