

DANIEL DE MACEDO ALVES PEREIRA

PLANOS de SAÚDE e a TUTELA JUDICIAL DE DIREITOS

Teoria e Prática

7^a
edição

revista e atualizada

2026

 EDITORA
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br



CAPÍTULO 2

DOS ATORES QUE PARTICIPAM DA RELAÇÃO NEGOCIAL E PROCESSUAL NOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

2.1. OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

2.1.1. Definição

Da análise do art. 1º, inciso II, da Lei n. 9.656/98, é possível identificar o conceito e extrair as características das operadoras de planos de saúde autorizadas a ofertar plano privado de assistência à saúde. Assim, é conceituada como a “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo”.

A definição de Plano Privado de Assistência à Saúde, aqui no sentido de negócio jurídico, também contribui para a identificação da operadora de saúde (sujeito de deveres e direitos), pois é indicativo do seu ramo de atuação. Neste sentido, é definido pelo legislador como:

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

De outro lado, com a finalidade deixar claro que a atividade e os serviços desempenhados pela pessoa jurídica são levados em consideração para definição da operadora de plano de saúde para alcançar qualquer agente do mercado que nesse setor, complementa o § 1º do art. 1º da Lei n. 9.656/98:

Art. 1º [...]

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a. custeio de despesas;
- b. oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c. reembolso de despesas;
- d. mecanismos de regulação;
- e. qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f. vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

Neste sentido, independente do modelo organizacional, o legislador definiu requisitos mínimos relacionados à cobertura assistencial, a forma de remuneração e a rede de assistência, com expressa vedação imposta às pessoas físicas de operar produtos e serviços no âmbito da saúde suplementar na condição de operadora de plano de saúde, consoante o § 4º do art. 1º da Lei n. 9.656/98.

O fundamento do dispositivo foi impedir qualquer escape para a atividade desenvolvida pelas operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde da incidência da Lei n. 9.656/98 e da fiscalização da Agência Nacional de Saúde, cuja atuação está reformatada para incluir também a fiscalização das seguradoras, na parte delas que operem os seguros-saúde, com substanciais alterações nos dispositivos específicos do Dec.-lei n. 73/66²².

Com o mesmo fundamento de submeter todos os atores que operam planos de assistência à saúde à incidência da Lei n. 9.656/98, o legislador utilizou no § 2º as expressões “entidade” e “empresas” que, embora não

22. BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde: comentada artigo por artigo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015, p. 19.

propriamente técnicas, acabam por alcançar todas as pessoas jurídicas independente de sua natureza pública ou privada:

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

[...]

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001)

Assim, considerando que o *caput* do art. 1º da Lei n. 9.656/98 faz menção expressa às pessoas jurídicas de direito privado, pode-se interpretar que a escolha do termo “entidade” prevista no § 2º teve por objetivo ampliar a aplicação da lei para todas as pessoas jurídicas que prestam os serviços de assistência à saúde suplementar. Assim, as entidades de direito público que optem por prestar serviços de assistência à saúde suplementar não podem ser excluídas da incidência da Lei n. 9.656/98, sob pena de alijar o consumidor de suas normas protetivas apenas em razão da natureza pública das entidades que se vinculam²³.

2.1.2. Modalidades de operadoras de planos de saúde

As operadoras de planos de saúde operam no mercado de saúde suplementar com modelos de organização que levam em consideração para a sua classificação os seguintes parâmetros, não exaurientes:

1. a forma de acesso à rede de serviços de saúde e sua estrutura (rede própria, contratada, credenciada, referenciada e/ou por livre escolha do beneficiário);
2. o destinatário do produto ou serviço (plano aberto ou fechado);
3. a presença ou ausência de finalidade lucrativa;
4. a participação ou não do profissional nos resultados da sociedade.

23. STJ. 3ª T. REsp 1.766.181-PR, rel. Min. Nancy Andrighi, rel. acd. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 3-12-2019 (Info 662).

À luz dessas referências, as operadoras de planos de saúde são classificadas nas seguintes modalidades: cooperativa médica; cooperativa odontológica; medicina de grupo; odontologia de grupo e filantropia²⁴.

Destaque-se que a Resolução Normativa – RN n. 543, de 2 de setembro de 2022, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde às pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar. Dispõe o art. 2º da mencionada normativa que, para obterem a Autorização de Funcionamento, as operadoras deverão realizar o registro da operadora e o registro de produto.

A Resolução Normativa n. 531, de 2 de maio de 2022, classifica as operadoras de planos de assistência à saúde, nos seguintes termos:

Art. 6º As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 5º desta Resolução Normativa deverão classificar-se nas seguintes modalidades: I - cooperativa médica; II - cooperativa odontológica; III - medicina de grupo; IV - odontologia de grupo; ou V - filantropia.

2.1.2.1. Medicina de grupo

Nesta modalidade se enquadram as operadoras de planos de saúde autorizadas a ofertar planos privados de assistência à saúde por intermédio de uma estrutura de atendimento composta de serviços próprios e conveniados, com ou sem a combinação das formas de acesso. A medicina ou odontologia em grupo possuem finalidades lucrativas para atendimento em larga escala com padrão profissional e custos controlados.

Os planos odontológicos comercializados na modalidade medicina de grupo, também se alinham às características acima.

2.1.2.2. Cooperativas médica e odontológica

2.1.2.2.1. Definição e características

São operadoras de planos privados de assistência à saúde e odontológica que se organizam como sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a disciplina da Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Nesta modalidade, os médicos ou dentistas são simultaneamente sócios

24. Art. 6º da Resolução Normativa n. 531/2022.

e prestadores de serviços²⁵. Assim, a remuneração pelo trabalho exercido tem fatos geradores distintos, pois o cooperado recebe a remuneração de forma proporcional à produção de cada um segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), além de participarem do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais (chamadas singulares).

As cooperativas médicas podem disponibilizar a oferta de serviços pelos próprios cooperados ou não, podendo operar os chamados convênios médico-hospitalares com rede própria.

2.1.2.2. Vedação ao regime de exclusividade do profissional cooperado

Os profissionais cooperados não podem ser impedidos de se credenciarem ou referenciar a outras operadoras de planos de saúde ou seguradoras especializadas em saúde, que atuam regularmente no mercado de saúde suplementar. Assim, o médico ou odontólogo que integre a cooperativa não pode ser submetido a regime de exclusividade ou de restrição à sua atividade profissional²⁶.

2.1.2.3. Autogestão (planos fechados)

2.1.2.3.1. Definição e características

São operadoras de planos de assistência à saúde que mantêm sistemas próprios de assistência à saúde a grupos fechados de usuários que obrigatoriamente devem possuir vínculo com a entidade promotora. Nos órgãos da Administração Pública e nas empresas estatais, é a modalidade prevalente. Os custos, normalmente, são compartilhados com os beneficiários, geralmente, de forma proporcional ao salário, e descontados diretamente em folha de pagamento²⁷.

Nesta modalidade, as empresas administram programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão) ou contratam terceiros para administrá-los (cogestão ou planos de administração). Na grande maioria dos casos, os programas são geridos pelas próprias empresas ou institui-

25. As entidades que representam esse setor são: a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge) e o Conselho Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Conamge).

26. Anexo I, item 2, da RN n. 543/2022.

27. O surgimento da previdência complementar nos anos 1970 incentivou o desenvolvimento desses planos, sendo que Fundação de Seguridade Social da Petrobrás (Petros) serviu de modelo para outras empresas.

ções ou por instituições privadas sem fins lucrativos (caixas e fundações) promovidas e mantidas pelas empresas/instituições (patrocinadoras) conjuntamente com seus funcionários²⁸.

Como não objetivam o lucro, os gestores buscam baratear os custos, pois evitam o custo da intermediação²⁹. Os exemplos mais comuns são as associações de classe, sindicatos, organizações empresariais que montam e gerenciam o próprio fundo que financia o acesso à saúde dos sujeitos participantes. Em geral, os planos são administrados paritariamente e, no seu conselho deliberativo ou de administração, há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários que montam e gerenciam o próprio fundo que financia o acesso a saúde dos sujeitos participantes.

2.1.2.3.2. Grupo de beneficiários

A Resolução Normativa n. 137, de 14 de novembro de 2006, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar traz disciplina normativa específica sobre essa modalidade de operadora de plano de saúde com a previsão de três grupos de pessoas jurídicas autorizadas a operar os produtos e serviços segundo a modalidade de autogestão, além de indicar os respectivos beneficiários:

1. a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: a) sócios da pessoa jurídica; b) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão; c) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão; d) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão; e) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e f) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;
2. a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, institui-

28. ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília. IPEA, 1998 (Texto para discussão n. 599).

29. STJ. REsp 1.121.067/PR, rel. Min. Massami Uyeda, 3ª T., j. 21-6-2011.

- dora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora; b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora; c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora; d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; j) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;
3. a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários: a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão; c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e d) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores.

2.1.2.3.3. *A inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos planos de autogestão*

Os planos de saúde, na modalidade de autogestão, possibilitam maior facilidade de comunicação entre beneficiários e gestores do plano. Dessa forma, as entidades de autogestão podem moldar planos “para atender

às necessidades da população assistida, oferecem uma cobertura adequada ao perfil de seus beneficiários a um custo de acordo com suas possibilidades, além de garantir a participação dos beneficiários na gestão de seu próprio plano de saúde³⁰.

A participação dos empregados na gestão do plano de forma paritária com os indicados pela direção da empresa tem por finalidade precípua a manutenção da qualidade da prestação dos serviços. Assim, os beneficiários são corresponsáveis pela própria gestão da operadora e, assim, buscam alcançar um custo menor na comparação com as empresas que operam planos de saúde para os consumidores em geral. Neste sentido, as entidades de autogestão empregam recursos amealhados dos participantes e das empresas na medida justa para o sustento do plano, sem encargos de remuneração de negócio³¹.

Teresa Cristina Rosa apresenta cinco características presentes na autogestão que calibram as relações de força e o equilíbrio das partes contratantes, diminuindo a posição de inferioridade do usuário³². São elas:

1. **gestão participativa:** as autogestões se diferenciam pela participação dos beneficiários nas decisões, sejam operacionais, sejam estratégicas;
2. **custo:** como as autogestões não visam ao lucro, o controle dos custos torna-se fator importante para a gestão do plano. Com o contato direto com os prestadores é mais fácil administrar os custos, negociar preços e serviços;
3. **flexibilidade:** como é administrado em conjunto com seus beneficiários, o plano de autogestão apresenta maior flexibilidade que as operadoras de mercado seja na contratação da rede credenciada, seja na relação com o beneficiário;
4. **rede credenciada:** as autogestões devem operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas; e

30. ROSA, Teresa Cristina; FARIAS FILHO, José Rodrigues de. *Gestão dos planos de saúde na modalidade de autogestão: estudo de caso em uma autarquia federal*. XII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Rezende: 2015. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/12622121.pdf>>, p. 2. Acesso em: 18 set. 2019, às 18h15.

31. Idem.

32. Idem.

5. **promoção à saúde:** nas autogestões são mais fáceis o mapeamento de riscos e o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas às características e necessidades da população assistida.

O Superior Tribunal de Justiça no REsp 1.121.067/PR acabou se posicionando contrariamente a incidência do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde em vigor ou ofertados pelas entidades de autogestão, diante das peculiaridades relacionadas à sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associação, que são totalmente diferentes das Operadoras que visam ao lucro, conforme a ementa do julgado:

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. NORMA OU RESOLUÇÃO RESTRITIVA DE COBERTURA OU RESSARCIMENTO DE EVENTOS. POSSIBILIDADE E NÃO ABUSIVIDADE. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

I – Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e no seu conselho deliberativo ou de administração há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam despesas da intermediação.

II – Nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes, pois, quem tem maior salário, contribui com mais para o todo, e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente.

III – A questão ultrapassa a aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor. Nos planos de autogestão, os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas. A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro. A Lei dos planos de saúde dá tratamento diferenciado a essa modalidade (Lei 9.656/98 – art. 10, § 3º).

IV – O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano desse certo. Os associados que seguem e res-

peitam as normas do plano arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora.

V – Portanto, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor.

VI – Recurso especial provido³³.

No mês de junho do ano de 2016 a Segunda Seção do STJ no Recurso Especial n. 1.285.483 consolidou o seu entendimento sobre a inaplicabilidade da legislação consumerista³⁴.

O Superior Tribunal de Justiça ainda mantinha a redação da Súmula 409 segundo a qual “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”, portanto sem ressalva quanto às entidades de autogestão, quando em 11 de abril de 2018 o Tribunal fixou novo entendimento por meio da edição da Súmula 608 com o seguinte teor: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Sobreleva destacar que as normas (princípios e regras) com previsão no Código Civil, na Lei n. 9.656/98 e nas resoluções normativas com especial destaque para a RN n. 137, de 14 de novembro de 2006, da Diretoria Colegiada da ANS continuam com plena incidência sobre os contratos conduzidos pelas entidades de autogestão.

33. REsp 1.121.067/PR, rel. Min. Massami Uyeda, 3ª T., j. 21-6-2011.

34. RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. 1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários. 2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro. 3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo. 4. Recurso especial não provido (REsp 1.285.483/PB, rel. Min. Luis Felipe Salomão, 2ª S., j. 22-6-2016).

2.1.2.4. Seguradoras especializadas em saúde

Na literatura internacional, a denominação *seguro-saúde* está relacionada com pelo menos duas abordagens, em geral referidas à realidade estadunidense. A primeira, o seguro tradicional, seria a proteção financeira contra riscos de custos ou perdas grandes e incomuns (ou catastróficamente caros). A segunda, e mais recente, diz respeito especificamente à prestação efetiva de assistência médica, isto é, ainda que traga embutida a proteção financeira, é um meio coletivo de financiamento da atenção, garantindo acesso a grupos específicos, a menor custo. Assim, a típica política das companhias de seguro seria o reembolso ao segurado dos gastos efetuados com assistência médica, em todo ou em parte, segundo determinados valores estipulados em contratos³⁵.

No Brasil, a disciplina legal do seguro saúde antecede a Lei n. 9.656/98. À luz do Dec.-lei n. 73, de 21 de novembro de 1966 (arts. 129 a 135), as seguradoras de plano de saúde inicialmente operavam apenas com a intermediação financeira, mediante reembolso dos gastos com assistência com os custos por ocasião de eventos (sinistros) relativos à saúde. O seguro-saúde apresentava apenas uma rede referenciada para os usuários, tendo estes a possibilidade de utilizar ou optar por outros serviços e profissionais, para, após, pedir o reembolso dos valores gastos. A fiscalização competia a Susep, sob a regulamentação do CNPS.

A edição da Lei n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, promoveu verdadeira equiparação do seguro-saúde ao plano privado de assistência à saúde. De acordo com o art. 2º da lei reportada, “enquadra-se o seguro-saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde”³⁶.

Atualmente as seguradoras que atuam no âmbito da saúde suplementar estão autorizadas a disponibilizar uma relação de profissionais e estabelecimentos contratados, credenciados e/ ou referenciados e as atividades empreendidas são acompanhadas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem compartilhamento de carteiras com outros

35. ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília. IPEA, 1998 (Texto para discussão n. 599).

36. A ANS promoveu a edição da Súmula Normativa 3, de 21-9-2001, fixando as diretrizes para os reajustes dos prêmios, ou mensalidades, dos seguros-saúde contratados antes da Medida Provisória n. 1.908/99, em razão das disposições do inciso IV do § 1º do art. 35-E da Lei n. 9.656.

ramos de seguro³⁷. Assim, as empresas que operam seguro-saúde combinam função de seguro com a de prestação de serviços, o que evidencia que, no plano operacional, a diferenciação é apenas retórica.

Das seguradoras que já operavam com o seguro-saúde, a Lei n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passou a exigir a especialização, impondo a elas a cisão ou criação de outra firma ou companhia para a atividade, nos seguintes termos³⁸.

Assim, para efeito da Lei n. 9.656/98, o seguro-saúde enquadra-se como plano privado de assistência à saúde, e, por consequência, a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde, conforme a previsão do art. 2º da Lei n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001³⁹.

É relevante destacar que embora a epígrafe da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, especificasse que ela dispunha “[...] sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” a versão final da Medida Provisória n. 2.177-44/2001 promoveu diversas alterações na Lei n. 9.656/98, dentre elas a supressão de quase todas as referências à expressão “seguro-saúde”.

37. A Lei n. 10.185/2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde, disciplinou sua subordinação às normas e à fiscalização da ANS, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação no mercado (art. 1º, § 3º).

38. “Art. 1º As sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1º, inciso I e § 1º, da Lei 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. § 1º As sociedades seguradoras que já operam o seguro de que trata o *caput* deste artigo, conjuntamente com outros ramos de seguro, deverão providenciar a sua especialização até 1º de julho de 2001, a ser processada junto à Superintendência de Seguros Privados – Susep, mediante cisão ou outro ato societário pertinente. § 2º As sociedades seguradoras especializadas, nos termos deste artigo, ficam subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde – ANS, que poderá aplicar-lhes, em caso de infringência à legislação que regula os planos privados de assistência à saúde, as penalidades previstas na Lei 9.656, de 1998, e na Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. § 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar – Consu, nos termos da Lei 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas. (Parágrafo com redação dada pela M. Provisória 2.177-44/2001.) § 4º Enquanto as sociedades seguradoras não promoverem a sua especialização em saúde, nos termos deste artigo, ficarão sujeitas à fiscalização da Susep e da ANS, no âmbito de suas respectivas competências.”

39. GREGORI, Maria Stella. *Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor*. Antonio Herman V. Benjamin; Cláudia Lima Marques. (Coords.). 4. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019.

2.1.2.5. Entidade filantrópica

De acordo com o art. 11 da RN n. 531/2022:

Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente.⁴⁰

2.1.2.6. Administradora de benefícios

2.1.2.6.1. Conceito, finalidade, vantagens e vedações

A administradora de benefícios é a pessoa jurídica autorizada por lei a propor a contratação de plano de saúde coletivo na condição de estipulante ou de representante, atuando em nome de empresas, órgãos públicos ou entidades representativas, que desejam contratar um plano de saúde coletivo.

É a Resolução Normativa n. 515, de 29 de abril de 2022, que disciplina de forma específica, mas não exauriente, o seu regime jurídico.

Sobreleva destacar que as administradoras de benefícios podem prestar serviços relacionados ao benefício, desenvolvendo diversas atividades. Segundo a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab), entidade associativa que as representa, as Administradoras podem: avaliar o perfil dos associados da entidade representativa ou dos funcionários da empresa, identificar o plano mais adequado e sugerir modelo de gestão; prestar informações acerca dos direitos previstos na legislação de saúde suplementar para consumidores de planos de saúde coletivos; verificar os critérios de elegibilidade definidos pela empresa ou entidade representativa; apoiar a área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano; definir com a empresa ou entidade representativa qual a rede de serviços de saúde e a área geográfica de interesse; oferecer serviços de cálculo atuarial para auxiliar a empresa ou entidade representativa na negociação de preço

40. Atualmente o certificado de entidade filantrópica é emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) ligado ao Ministério do Desenvolvimento Social. Referida regulamentação é feita, atualmente, pela Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, notadamente pelos seus arts. 4º a 11.

junto à operadora de planos de saúde; controlar prazos de aceitação, devolução e reapresentação de propostas; receber as propostas de adesão; realizar a análise administrativa e documental das propostas; realizar a movimentação cadastral de beneficiários: inclusões, alterações e exclusões, de acordo com as regras previstas na legislação e no contrato; prestar suporte na emissão de boletos e no controle de pagamento das mensalidades; fazer a gestão dos arquivos físico e eletrônico das propostas e da documentação da movimentação cadastral; manter estrutura de ouvidoria e atendimento ao consumidor de plano de saúde coletivo; entregar o cartão de identificação do plano, o *Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde*, o *Guia de Leitura Contratual* e informar a rede de serviços de saúde⁴¹.

De outro lado, para os consumidores, diante do grande número de vidas concentradas em um contrato coletivo, a Administradora de Benefícios tem aumentado o seu poder de negociação junto à Operadora de Plano de Saúde, favorecendo a obtenção de melhores condições de cobertura, preço e reajuste.

A Resolução Normativa n. 515/2022 da ANS estabelece vedações ao exercício de certas atividades às operadoras de benefícios. São elas:

- a) é vedada a atuação como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde (art. 3º);
- b) não poderá impedir ou restringir a participação de consumidor no plano privado de assistência à saúde, mediante seleção de risco ou impor barreiras assistenciais, obstaculizando o acesso do beneficiário às coberturas previstas em lei ou em contrato (art. 7º, I e II);
- c) há vedação expressa sobre a manutenção de rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante (art. 8º);
- d) é vedada a participação de administradora de benefícios e operadora de plano de assistência à saúde pertencentes ao mesmo grupo econômico em uma mesma relação contratual (art. 9º).

41. Associação Nacional das Administradoras de Benefícios. Disponível em: <<https://anab.com.br/>>. Acesso em: 22 set. 2019, às 22h44.

Impende destacar que a Resolução Normativa n. 557/2022 da ANS estabelece que a operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários no plano coletivo por adesão, pois a captação dos recursos das mensalidades dos usuários do plano coletivo é de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (art. 20), salvo na modalidade de autogestão (parágrafo único do art. 20). Não obstante, esta atribuição poderá ser delegada à administradora de benefícios, nos termos do art. 2º, parágrafo único, V, da Resolução Normativa n. 515/2022.

2.1.2.6.2. *Legitimação para figurar no polo passivo da relação processual*

Uma dúvida muito comum é saber se a administradora de benefícios tem legitimidade passiva *ad causam* para figurar ao lado das operadoras de planos de saúde nas demandas propostas cuja causa de pedir se relacione com a negativa de cobertura assistencial.

Uma primeira interpretação possível é realizada à luz do art. 3º da RN n. 515/2022 da ANS, segundo o qual a administradora de benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da operadora de plano de assistência à saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde. Neste sentido, a administradora de benefícios não poderá figurar ao lado da operadora de plano de saúde, pois está impedida de realizar quaisquer das atividades mencionadas por lei. Assim, eventual demanda deverá ser direcionada apenas em face da operadora de plano de saúde.

Entendo que o argumento acima não se sustenta, pois é preciso realizar uma interpretação que leve em consideração as regras de proteção à defesa do consumidor. Também é preciso identificar se, concretamente, a lesão ou a ameaça à lesão a direito da parte tem origem na atividade da administradora de benefícios. A responsabilidade solidária decorrerá da parceria e da conexão das empresas que, em atuação coordenada e conjunta, promove o produto e o serviço no mercado de consumo⁴².

Quando em conjunto com a operadora, a administradora de benefícios emprega esforços visando à captação de clientes para prestação de serviços médicos e é considerada fornecedora de serviço na cadeia de consumo, fato que a torna, em regra, parte legítima para figurar no polo passivo

42. TJSP. Apelação 0001578-42.2015.8.26.0076, rel. Edson Luiz de Queiróz. 9ª Câmara de Direito Privado. Foro de Bilac – Vara Única, j. 14-11-2018.