



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE 41

- 1.1. Arranjos institucionais previstos pela Constituição para oferta de serviços de saúde 41
- 1.2. Saúde pública – Diretrizes constitucionais 43
- 1.3. Saúde complementar 47
- 1.4. Saúde Suplementar 49

CAPÍTULO 2

DOS ATORES QUE PARTICIPAM DA RELAÇÃO NEGOCIAL E PROCESSUAL NOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 51

- 2.1. Operadoras de planos privados de assistência à saúde 51
 - 2.1.1. Definição 51
 - 2.1.2. Modalidades de operadoras de planos de saúde 53
 - 2.1.2.1. Medicina de grupo 54
 - 2.1.2.2. Cooperativas médica e odontológica 54
 - 2.1.2.2.1. Definição e características 54
 - 2.1.2.2.2. Vedação ao regime de exclusividade do profissional cooperado 55

2.1.2.3.	Autogestão (planos fechados)	55
2.1.2.3.1.	Definição e características	55
2.1.2.3.2.	Grupo de beneficiários	56
2.1.2.3.3.	A inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos planos de autogestão	57
2.1.2.4.	Seguradoras especializadas em saúde	61
2.1.2.5.	Entidade filantrópica	63
2.1.2.6.	Administradora de benefícios	63
2.1.2.6.1.	Conceito, finalidade, vantagens e vedações	63
2.1.2.6.2.	Legitimação para figurar no polo passivo da relação processual	65
2.2.	Da rede de prestadores de serviços médico-hospitalares	67
2.2.1.	As modalidades de acesso aos serviços de saúde como fator considerado na apuração da responsabilidade civil	67
2.2.2.	Dever de manutenção da qualidade da rede de prestadores de serviços médicos e seus fundamentos	68
2.2.3.	Requisitos para substituição da rede de prestadores de serviços.	70
2.2.4.	Responsabilidade civil pelo descumprimento do dever de informação	78
2.2.5.	Decretação de falência de estabelecimento integrante da rede de assistência. Dever da operadora de disponibilização de cobertura por outros profissionais e/ou estabelecimentos	79
2.3.	Reembolso	80
2.4.	A Agência Nacional de Saúde Suplementar	87
2.5.	A operadora de serviços de assistência à saúde como fornecedora de serviços e a sua legitimidade para figurar no polo passivo da relação processual	89
2.6.	Posição do usuário-consumidor frente à operadora fornecedora. Incidência do Código de Defesa do Consumidor	90
2.6.1.	A definição de consumidor-usuário de plano de saúde	90
2.6.2.	A vulnerabilidade do consumidor	92
2.6.3.	Hipervulnerabilidade ou vulnerabilidade agravada do usuário de	

plano de saúde	93
----------------------	----

CAPÍTULO 3

DO REGIME OU TIPO DE CONTRATAÇÃO 95

3.1. Disciplina legal	95
3.2. Do plano privado de assistência à saúde individual ou familiar	95
3.2.1. Condições de admissão do beneficiário	95
3.2.2. Regime jurídico do beneficiário dependente	96
3.2.2.1. Inscrição de filho natural, adotivo, sob guarda ou tutela, cuja paternidade tenha sido reconhecida e o filho socioafetivo	96
3.2.2.2. Cônjuge ou companheiro como dependente	104
3.3. Extinção do vínculo do titular do plano de saúde – Direito à manutenção no plano de saúde nas mesmas condições contratuais	105
3.4. Extinção do contrato de plano de saúde individual	106
3.4.1. Rescisão unilateral do contrato de plano de saúde individual	106
3.4.2. Cancelamento do plano de saúde individual por iniciativa do beneficiário titular	110
3.5. Plano coletivo empresarial	113
3.5.1. Definição	113
3.5.2. Vínculo e beneficiários	113
3.6. Plano coletivo por adesão	114
3.7. Resolução unilateral dos contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos	116
3.7.1. Proteção do empregado (beneficiário) diante da rescisão do contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão ou empresarial	117
3.7.2. Impossibilidade de cobrança de multa penitencial ao beneficiário do plano coletivo pela rescisão antecipada	118
3.7.3. A proteção do empregado com tratamento médico hospitalar em	

curso e a rescisão do contrato coletivo por iniciativa da operadora de plano de saúde	120
3.8. Da solicitação de exclusão do contrato por iniciativa do empregado vinculado ao plano coletivo empresarial ou por adesão	122
3.9. Da rescisão do contrato de plano coletivo por iniciativa do empregador	124
3.9.1. Obrigatoriedade de oferecimento de plano ou seguro na modalidade individual ou familiar aos empregados e ex-empregados	124
3.9.2. Obrigatoriedade de oferecimento de plano ou seguro na modalidade individual ou familiar ao ex-cônjuge ou ex-companheira	125
3.10. Da rescisão do contrato por iniciativa da Operadora de plano de assistência à saúde.....	127
3.11. O empregado demitido e a manutenção da condição de beneficiário do plano coletivo	128
3.11.1. Destinatários e condições legais para permanência no plano coletivo empresarial	130
3.11.1.1. Direito de manutenção da condição de beneficiário do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa	130
3.11.1.2. Trabalhadores terceirizados, avulsos e empregados que aderem aos planos de desligamento voluntário (PDV)	130
3.11.1.3. Extensão do benefício aos integrantes do grupo familiar e agregados	131
3.11.1.4. Exercício do direito à manutenção no plano coletivo pelos herdeiros	132
3.11.1.5. A contribuição do ex-empregado como condição para alcançar o benefício	133
3.11.1.6. Contratação pela pessoa jurídica de um plano ou seguro exclusivo para os ex-empregados	134
3.11.1.7. O exercício do direito de opção, período de manutenção e o termo final do benefício	135
3.12. A manutenção dos benefícios do plano de saúde coletivo do trabalhador aposentado	137

3.12.1. Disciplina sobre os tempos de contribuição e manutenção dos benefícios do plano coletivo após o início da aposentadoria	137
3.12.2. Da responsabilidade pelo pagamento das mensalidades do plano de saúde coletivo	139
3.13. A cláusula de remissão	141
3.14. Portabilidade	143

CAPÍTULO 4

EXTENSÃO, LIMITES E NEGATIVA DA COBERTURA ASSISTENCIAL 147

4.1. Doenças e lesões preexistentes	147
4.1.1. O dever de informação – o preenchimento da documentação médica admissional e o exame prévio clínico-laboratorial	147
4.1.2. Ônus da prova sobre a preexistência da lesão ou doença	150
4.1.3. Contencioso administrativo para apuração da DLP	152
4.1.4. Prazo decadencial para alegação da doença ou lesão preexistente	153
4.1.5. Alternativas que devem ser oferecidas pelas operadoras ao usuário portador de doença ou lesão preexistente	154
4.1.5.1. Cobertura parcial temporária	154
4.1.5.2. A cláusula de agravo	155
4.2. Períodos de carências	157
4.2.1. Conceito e fundamento	157
4.2.2. Períodos de carência nos planos coletivos empresarial e por adesão	158
4.2.3. Período de carência para os atendimentos de urgência e de emergência	159
4.2.4. Vedações à contagem ou à recontagem dos períodos de carência	163
4.2.4.1. No plano coletivo empresarial ou por adesão com trinta ou mais beneficiários	163
4.2.4.2. Atraso no pagamento da(s) mensalidade(s)	163

4.2.4.3.	Dispensa do cumprimento dos prazos de carência em caso de portabilidade da carência para outra operadora de plano de saúde	164
4.2.4.4.	Celebração de novo Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão. Aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos	165
4.2.4.5.	Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos	166
4.3.	Negativa de cobertura assistencial pela afirmação de inexistência de obrigação legal ou contratual	166
4.3.1.	Fundamentos para negativa de cobertura. Possíveis cenários	167
4.3.2.	Negativa de assistência ao consumidor ao fundamento da inexistência de cobertura contratual para a doença. Todas as doenças devem ser objeto de cobertura médico-hospitalar?	170
4.3.3.	Fundamentos no Código de Defesa do Consumidor e na resolução do Conselho Federal de Medicina para a obtenção da cobertura de todas as doenças	173
4.4.	Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	174
4.4.1.	Significado, competência legal técnica para elaboração e os ciclos de atualização	174
4.4.2.	Negativa de cobertura assistencial ao fundamento da inexistência de previsão do procedimento no elenco de Procedimentos e Eventos em Saúde	177
4.4.3.	Divergência técnico-assistencial entre o plano de saúde e o médico assistente do consumidor sobre o procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelo plano de saúde	190
4.5.	Procedimentos, tratamentos, medicamentos e insumos com exclusão legal de cobertura	193
4.5.1.	Tratamento clínico ou cirúrgico experimental	194
4.5.1.1.	Medicamentos e produtos para saúde não registrados no Brasil	196
4.5.1.1.1.	Fundamentos para obtenção de medicamentos importados não nacionalizados	197

4.5.1.2.	Tratamento clínico ou cirúrgico definido como experimental pelo CFM ou pelo CFO	201
4.5.1.3.	Prescrição de droga para finalidade terapêutica diversa ou em dosagem diferente daquela indicada na bula (Prescrição <i>off label</i>)	201
4.5.1.3.1.	Vigilância sanitária e definições necessárias: Bula, medicamentos <i>off label</i> , <i>on label</i> e <i>silent label</i>	201
4.5.1.3.2.	Argumentos favoráveis para obtenção de tutela judicial nos casos de prescrição <i>off label</i> de medicamentos	204
4.5.1.3.3.	A prescrição <i>off label</i> de medicamentos no entendimento do Superior Tribunal de Justiça	214
4.5.2.	Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim	215
4.5.2.1.	Definição regulamentar e fundamento	215
4.5.2.2.	Procedimentos que não podem ser considerados estéticos	216
4.5.3.	Inseminação artificial	217
4.5.4.	Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, SPAS, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais	226
4.5.5.	Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados	226
4.5.6.	Exclusão de cobertura para o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar	228
4.5.6.1.	Fundamentos	228
4.5.6.2.	Cobertura de insumos e medicamentos para tratamento domiciliar	229
4.5.7.	Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico	232
4.5.8.	Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes	237
4.5.9.	Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente	237

4.5.10.	Estabelecimentos para acolhimento de pessoas idosas e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar	238
4.6.	O plano-referência e os planos segmentados	239
4.6.1.	Plano-Referência	239
4.6.2.	Planos segmentados	241
4.6.2.1.	Plano ambulatorial	242
4.6.2.2.	Plano hospitalar	244
4.6.2.3.	Plano Hospitalar com Obstetrícia	247
4.6.2.4.	Plano Odontológico	250
4.7.	Negativa de cobertura assistencial	250
4.7.1.	Regras incidentes sobre as solicitações do usuário, a negativa de cobertura – devido processo legal administrativo	250
4.7.2.	Prazos máximos para o atendimento ao beneficiário nas solicitações de consultas e procedimentos	253
4.7.3.	Principais procedimentos e serviços com recusa de cobertura e o posicionamento da jurisprudência	258
4.7.3.1.	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids)	258
4.7.3.2.	Cirurgia refrativa (PRK OU LASIK) – miopia e hipermetropia com ou sem astigmatismo associado	260
4.7.3.3.	Transtorno do Espectro Autista – TEA	261
4.7.3.4.	Cirurgia bariátrica (gastroplastia) por videolaparoscopia ou via laparotômica e a obesidade mórbida	272
4.7.3.5.	Cirurgia plástica reparadora após bariátrica	279
4.7.3.6.	Pilates, reeducação postural global (RPG), arteterapia, massoterapia, terapia de florais, aromaterapia, cromoterapia e reflexoterapia	284
4.7.3.7.	Musicoterapia, equoterapia e hidroterapia	285
4.7.3.8.	Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas	291

4.7.3.9. Mama e sistema linfático (mastectomia/mastoplastia)	295
4.7.3.10. Mamoplastia redutora. Hipertrofia mamária e doenças associadas	299
4.7.3.11. Atenção domiciliar – Home Care	300
4.7.3.11.1. Assistência domiciliar	300
4.7.3.11.2. Internação domiciliar em substituição a internação hospitalar (Home Care)	303
4.7.3.12. Produto derivado de Cannabis destinado à finalidade medicinal ...	307

CAPÍTULO 5

CRITÉRIOS DE REAJUSTE	313
5.1. Plano individual e familiar	313
5.1.1. Reajuste das contraprestações pecuniárias nos planos contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998	313
5.1.1.1. Introdução	313
5.1.1.2. Reajuste em razão do aumento dos custos operacionais	315
5.1.1.3. Critério de reajuste por mudança de faixa etária	316
5.1.1.3.1. Fundamento	316
5.1.1.3.2. Disciplina legal sobre os critérios para o aumento por mudança de faixa etária	318
5.2. Regras gerais para o reajuste em planos coletivos	322
5.2.1. Aumento da contraprestação baseada na sinistralidade	325
5.2.2. Reajuste por mudança de faixa etária nos contratos coletivos	329
5.3. Disciplina sobre os critérios de reajuste para os contratos celebrados até o dia 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei n. 9.656/98 (contratos antigos)	330
5.4. Reajuste em razão de revisão técnica	332
5.5. Penalidades previstas para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde	333

ANEXOS

ANEXO I

MODELOS DE PETIÇÃO 337

Ação de obrigação de fazer com Requerimento de Internação Domiciliar em Substituição à Internação Hospitalar (Home Care) com pedido de tutela provisória de urgência 337

Ação de obrigação de fazer com requerimentos de Internação Hospitalar de Emergência, Condenação de indenização por Dano Moral e tutela provisória de urgência 354

Ação com Pretensão de Restabelecimento do Vínculo Contratual com Requerimento e Mudança de Titularidade com Pedido de Tutela Provisória 363

Ação com Pretensão de Obtenção de Autorização de Realização de Cirurgias de Mamoplastia e Mastoplastia com Pedido de Tutela Provisória 369

ANEXO II

ENUNCIADOS DE SÚMULAS DO STJ, CNJ E TJS 381

1.1. SÚMULAS DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR 381

1.2. ENUNCIADOS DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA SOBRE SAÚDE 381

1.3. SÚMULAS DOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA DOS ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL – SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR 400

Região Nordeste: 400

1) Bahia – BA 400

2) Sergipe – SE 400

3) Alagoas – AL 400

4) Pernambuco – PE 401

5) Paraíba – PB 402

6) Rio Grande do Norte – RN 402

7) Ceará – CE	403
8) Piauí – PI	403
9) Maranhão – MA	404
Região Norte	404
1) Acre – AC	404
2) Rondônia – RO	404
3) Amazonas – AM	404
4) Roraima – RR	404
5) Amapá – AP	404
6) Pará – PA	404
7) Tocantins – TO	405
Região Sul	405
1) Rio Grande do Sul – RS	405
2) Santa Catarina – SC	405
3) Paraná – PR	406
Região Sudeste	406
1) São Paulo – SP	406
2) Minas Gerais – MG	407
3) Espírito Santo – ES	407
4) Rio de Janeiro – RJ	407
Região Centro-Oeste	410
1) Mato Grosso – MT	410
2) Mato Grosso do Sul – MS	410
3) Goiás – GO	410
4) Distrito Federal e Territórios – DFT	411

1.4. ENUNCIADOS SOBRE DIREITO DA SAÚDE	411
INDICE ALFABÉTICO	436

ANEXO III

PARECERES TÉCNICOS DA ANS SOBRE A COBERTURA ASSISTENCIAL	441
-----------------------------------------------------------------------	------------

ANEXO IV

PARECERES TÉCNICOS DA ANS SOBRE TEMAS ECONÔMICO-FINANCEIROS	553
--------------------------------------------------------------------------	------------

FORMAÇÃO DE PREÇOS E AUMENTOS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA 553

1. Considerações técnicas sobre a formação dos preços dos planos de saúde e dos aumentos por mudança de faixa etária	553
2. Regulação dos aumentos por mudança de faixa etária	555
3. Precificação: Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP	556
4. Aumentos por mudança de faixa etária em planos antigos	557
5. Irretroatividade do Estatuto da Pessoa Idosa	558

REAJUSTE DE PLANOS ANTIGOS – TERMOS DE COMPROMISSO 558**REAJUSTE ANUAL EM PLANOS COLETIVOS** 562

1. Regras gerais para o reajuste em planos coletivos	562
2. Regulamentação do reajuste de contratos coletivos com até 30 beneficiários	564

REAJUSTE ANUAL EM PLANOS INDIVIDUAIS 565

1. Planos Novos – Contratados na vigência da Lei n. 9.656/98	566
2. Planos Antigos – Contratados antes da vigência da Lei n. 9.656/98	567
3. Reajustes em planos individuais exclusivamente odontológicos:	568

REFERÊNCIAS	571
--------------------------	------------