



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
PROJETO DE TRABALHO DE CURSO II**

**A INTERVENÇÃO JUDICIAL NOS CONTRATOS DE PLANOS DE
SAÚDE
CONTORNOS E LIMITES DA INTERPRETAÇÃO E DA REVISÃO DE
CLÁUSULAS ABUSIVAS**

**ORIENTANDO (A) – MURILO GOMES DE ARAÚJO
ORIENTADORA - PROFA. DRA. FÁTIMA DE PAULA FERREIRA**

GOIÂNIA-GO

2025/1

MURILO GOMES DE ARAÚJO

**A INTERVENÇÃO JUDICIAL NOS CONTRATOS DE PLANOS DE
SAÚDE**
CONTORNOS E LIMITES DA INTERPRETAÇÃO E DA REVISÃO DE
CLÁUSULAS ABUSIVAS

Projeto de Artigo Científico apresentado à
disciplina Trabalho de Curso I, da Escola de
Direito, Negócios e Comunicação da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás(PUCGOIÁS).

Prof.a. Orientadora – Dra. Fátima de Paula
Ferreira

GOIÂNIA-GO

2025/1

SUMÁRIO

RESUMO.....	03
INTRODUÇÃO.....	03
1. O CONTEXTO HISTÓRICO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA FISCALIZAÇÃO	
1.1 A CRIAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR	06
1.2 A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	07
1.3 OS PLANOS DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO.....	09
2. AS CLÁUSULAS ABUSIVAS E SUA INTERPRETAÇÃO NA DOCTRINA E NO JUDICIÁRIO	
2.1 O CONCEITO DE CLÁUSULA ABUSIVA.....	12
2.2 AS CLÁUSULAS ABUSIVAS NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE À LUZ DA CONSTITUIÇÃO.....	13
2.3 AS CLÁUSULAS ABUSIVAS EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE NAS DECISÕES DOS TRIBUNAIS SUPERIORES.....	15
3. AS POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA OS ABUSOS COMETIDOS NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	
3.1 AS COMPETÊNCIAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR...	17
3.2 AS LACUNAS NO PAPEL DESEMPENHADO PELA ANS NA FISCALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE.....	18
3.3 SOLUÇÕES PARA AUMENTAR A EQUIDADE ENTRE CONSUMIDOR E FORNECEDOR NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	20
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	22

A INTERVENÇÃO JUDICIAL NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE: CONTORNOS E LIMITES DA INTERPRETAÇÃO E DA REVISÃO DE CLÁUSULAS ABUSIVAS

Murilo Gomes de Araújo¹

RESUMO

O tema das cláusulas abusivas em contratos de plano de saúde possui ampla relevância para a sociedade brasileira, vez que o acesso à saúde é direito fundamental garantido pela Constituição. Contudo, a presença de cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde ocasiona limitações ao acesso dos consumidores a serviços essenciais de saúde. Por isso, este trabalho visa investigar os problemas e possíveis soluções para se alcançar o pleno exercício desse direito. Este trabalho teve por objetivo discorrer sobre a intervenção judicial em contratos de planos de saúde; pesquisar sobre o contexto histórico de criação dos planos de saúde no Brasil; analisar cláusulas contratuais abusivas à luz da jurisprudência; e, por fim, apresentar propostas para melhorar as relações consumeristas nessa área. Utilizou-se o método científico hipotético-dedutivo com os procedimentos metodológicos documental e bibliográfico. Concluiu-se que os planos de saúde perpetuam a inclusão de cláusulas abusivas devido a falhas de fiscalização por parte da ANS, que tende a favorecer a viabilidade econômica dos planos em detrimento dos interesses dos beneficiários. Bem como, que os tribunais superiores firmaram entendimentos contrários a cláusulas abusivas, de forma a corrigir, ao menos em parte, as assimetrias causadas pelas falhas na fiscalização.

Palavras-chave: ANS, STJ, consumidor, contratos, fiscalização, revisão

INTRODUÇÃO

Devido ao impacto direto sobre a vida e a saúde dos consumidores, o tema das cláusulas abusivas em contratos de plano de saúde possui ampla relevância para a sociedade brasileira. Isto porque o acesso à saúde é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 196, preconiza que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. No entanto, a presença de cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde resulta em limitações a essa garantia ao limitar de forma injusta e desequilibrada o acesso dos consumidores a serviços essenciais de saúde.

A análise dessas cláusulas abusivas revela a tensão existente entre os direitos constitucionais e consumeristas e as práticas contratuais das operadoras de

¹ Aluno do 9º período do curso de Direito da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

planos de saúde. Três das principais cláusulas abusivas que exemplificam essa problemática são a limitação de cobertura, a carência excessiva e os reajustes indevidos.

A limitação de cobertura impede o acesso a tratamentos e procedimentos necessários, violando o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e o direito à vida. A imposição de carências excessivas, por sua vez, compromete o acesso imediato a serviços de urgência e emergência, desfavorecendo os consumidores em situações críticas de saúde. Já os reajustes indevidos fragilizam ainda mais o contrato ao permitir aumentos de custos sem justa causa, o que pode inviabilizar o acesso contínuo ao serviço de saúde contratado.

A própria legislação brasileira, por meio do Código de Defesa do Consumidor e da Lei dos Planos de Saúde, busca equilibrar essa relação contratual. No entanto, a persistência de cláusulas abusivas evidencia lacunas na proteção dos direitos dos consumidores e a necessidade de uma fiscalização mais rigorosa.

Ademais, dado o crescimento do setor de saúde suplementar no Brasil, que busca suprir lacunas do Sistema Único de Saúde (SUS), é imprescindível que os contratos de plano de saúde sejam justos e transparentes, garantindo que todos os cidadãos possam exercer plenamente seu direito à saúde.

Assim sendo, este trabalho busca identificar e discutir as cláusulas abusivas comuns em contratos de planos de saúde, recomendar ações e políticas que possam fortalecer a proteção ao consumidor e, por fim, discutir o exercício da autonomia contratual e da segurança jurídica em face dos direitos constitucionais.

Este trabalho teve por objetivo geral discorrer sobre a intervenção judicial em contratos de planos de saúde. E por objetivo específico: Pesquisar sobre o contexto histórico de criação dos planos de saúde no Brasil e de sua regularização e fiscalização; analisar cláusulas contratuais abusivas à luz da doutrina e da jurisprudência dos tribunais superiores; e, por fim, apresentar propostas de soluções possíveis para melhorar as relações consumeristas no mercado de saúde suplementar.

As dúvidas que nos levaram a ter interesse pelo tema foram: quais lacunas não são resolvidas pela lei dos planos de saúde e pelo CDC? Como a

jurisprudência se posiciona frente às cláusulas abusivas? Quem faz a fiscalização e de que forma o faz?

O estudo exigirá uma tratativa metodológica eclética, utilizando o método científico hipotético-dedutivo, que partirá de uma ideia geral para uma conclusão específica, onde serão formuladas hipóteses para expressar as dificuldades com os problemas propostos no presente trabalho. O raciocínio dedutivo tem objetivo de explicar o conteúdo das premissas, onde as conclusões são obtidas a partir de princípios gerais (premissa maior) com o escopo de obter uma conclusão particular (premissa menor). Recorreu-se também a pesquisa bibliográfica, sempre que se aferirem textos, doutrinas, jurisprudências, artigo etc. Utilizar-se-á teorias já existentes, comparando-as e tendo por critério a coerência, a consistência e a não contradição;

Por fim, recorreu-se a pesquisa documental, pois recorreremos a fontes diversificadas, que de alguma forma já foram analisadas, tais como: relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas, relatórios de empresa, jornais, boletins, etc.

1. O CONTEXTO HISTÓRICO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA FISCALIZAÇÃO

1.1 A CRIAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A trajetória da saúde suplementar no Brasil é marcada por etapas significativas que refletem a evolução dos serviços de saúde oferecidos à população. De acordo com o site da Aliança para a saúde Populacional (ASAP)², o início desta jornada remonta a 1956, quando o médico Juljan Czapski fundou a Policlínica Central em São Paulo, considerada a primeira empresa de planos de saúde do país. Essa iniciativa pioneira abriu caminho para a oferta de alternativas ao sistema público de saúde, gerando um novo modelo de atendimento.

Em 1967, ocorreu a organização da primeira cooperativa médica brasileira. Esse movimento inédito propôs uma nova abordagem à prática médica, promovendo

² ASAP. **História e desafios da Saúde Suplementar**. Disponível em: <https://asapsaude.org.br/jornada-de-gsp/historia-e-desafios-da-saude-suplementar/4290/>. Acesso em: 30, novembro, 2024.

a associação de profissionais da saúde com o objetivo de prestar serviços de forma colaborativa e benéfica, tanto para médicos quanto para pacientes. A cooperativa médica representou um avanço na estruturação do setor privado de saúde, proporcionando um atendimento mais acessível e humanizado.

Acerca deste estado inicial da saúde suplementar, o site da Câmara dos Deputados³ apresentou o seguinte resumo:

O mercado de planos de saúde começou a crescer no país na década de 50, quando empresas públicas começaram a usar recursos próprios e dos empregados para financiar a assistência à saúde. Em 88, a nova Constituição Federal, além de garantir o direito dos cidadãos à saúde como uma atribuição do estado, também assegurou a oferta de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada, sob o controle do Estado.

A década de 1980 foi crucial para a saúde no Brasil, especialmente com a Constituição de 1988, que a definiu como um direito de todos e um dever do Estado, criando assim o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 6º, *caput*, da CFB.

Essa mudança radical no paradigma da saúde pública estabeleceu um modelo que buscava garantir acesso universal e equitativo aos serviços de cuidados médicos, impactando diretamente a saúde suplementar ao ampliar a responsabilidade do Estado na oferta de cuidados à população.

Posteriormente, em 1998, a saúde suplementar ganhou um marco regulatório importante com a promulgação da Lei 9.656. Essa legislação regulamentou os planos e seguros de saúde, formalizando responsabilidades contratuais e direitos dos consumidores, o que trouxe maior segurança jurídica ao setor. Com a regulamentação, tornou-se possível estabelecer diretrizes claras para a operação das operadoras de saúde, promovendo, assim, uma maior transparência e qualidade nos serviços oferecidos.

No ano 2000, foi instituída a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), um órgão regulador cuja função é promover a defesa dos interesses dos consumidores e assegurar a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de saúde. A ANS desempenha um papel fundamental na regulação do setor,

³ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Câmara dos Deputados, 2006. **Especial Saúde 2 - Conheça mais sobre a história dos planos de saúde no Brasil**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/275168-especial-saude-2-conheca-mais-sobre-a-historia-dos-planos-de-saude-no-brasil-05-55/>. Acesso em: 30 novembro 2024.

estabelecendo regras e diretrizes que garantem a proteção dos direitos dos beneficiários e a melhoria dos serviços.

Dessa forma, a história da saúde suplementar no Brasil é marcada por inovações e marcos regulatórios que buscam aprimorar o acesso e a qualidade do atendimento à saúde, refletindo a necessidade de um sistema que atenda às demandas da população em um contexto de transformação contínua. A construção desse setor é um reflexo das mudanças sociais e políticas do país, sempre em busca de melhores condições para a saúde dos cidadãos brasileiros.

1.2 A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) surgiu em um contexto histórico marcado por transformações significativas no setor de saúde brasileiro. As décadas de 1980 e 1990 testemunharam a crescente demanda por serviços de saúde privados, impulsionada pela insatisfação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca por alternativas de atendimento mais ágil e de melhor qualidade.

A ausência de um órgão regulador específico para o setor de saúde suplementar gerava insegurança jurídica, práticas abusivas por parte de algumas operadoras e a falta de proteção efetiva dos direitos dos consumidores. Esse cenário caótico e a percepção de falhas na regulamentação existente culminaram na criação da ANS, por meio da Lei 9.656/98, com regulamentação posterior pela Lei 9.961/2000.

Os objetivos da ANS, desde sua criação, foram claros: regular, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, buscando garantir a qualidade da assistência prestada, proteger os direitos dos consumidores e promover a sustentabilidade do setor. Sua natureza jurídica, como autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, demonstra a intenção de posicioná-la como órgão estratégico na articulação entre o setor público e o privado. Sua estrutura administrativa foi desenhada para cumprir suas funções de regulação, fiscalização, supervisão, normatização e defesa do consumidor.

A estrutura da ANS abrange diversas áreas de atuação, desde a análise e aprovação de planos de saúde, até o monitoramento dos reajustes de mensalidades e o tratamento de reclamações e conflitos entre usuários e operadoras. A agência tem

o poder de aplicar sanções administrativas às operadoras que descumpram as normas e regulamentos.

Entretanto, uma análise realista da atuação atual da ANS revela desafios e limitações na concretização plena de seus objetivos. De acordo com artigo do site da Câmara dos Deputados⁴ sobre o tema, apesar dos avanços na regulamentação do setor e da proteção dos consumidores, a ANS enfrenta dificuldades em diversos aspectos, cujos principais são:

- A) Pressão do mercado: A influência de grandes empresas e lobbies no setor de planos de saúde e a busca incessante por lucro dificultam a imposição de medidas mais rigorosas por parte da ANS.
- B) Recursos limitados: A agência frequentemente opera com recursos orçamentários insuficientes para exercer plenamente suas funções de fiscalização e controle em um mercado de grande porte.
- C) Complexidade do setor: A crescente complexidade do sistema de saúde suplementar, com uma gama diversificada de planos e produtos, exige cada vez mais recursos técnicos e capacidade administrativa da ANS.
- D) Judicialização: A judicialização de questões relativas aos planos de saúde, muitas vezes com decisões judiciais conflitantes, gera insegurança jurídica e sobrecarrega a ANS.

Em suma, a ANS desempenhou um papel importante na regulação do setor de saúde suplementar brasileiro, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços e a proteção dos usuários.

Contudo, os desafios e limitações acima apontados mostram que a agência ainda enfrenta obstáculos na concretização plena de seus objetivos, exigindo aprimoramento da sua estrutura, orçamento e capacidade para efetivamente atuar no mercado, garantindo a equidade, a transparência e a sustentabilidade do sistema.

1.3 OS PLANOS DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

⁴ CÂMARA DOS DEPUTADOS. ESPECIAL SAÚDE 2 - CONHEÇA MAIS SOBRE A HISTÓRIA DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL. Acesso em: 30, novembro, 2024

O sistema de saúde suplementar no Brasil desempenha um papel fundamental no acesso à saúde, atuando como um importante complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS). No cenário contemporâneo, o mercado de planos de saúde é vasto e dinâmico, apresentando características complexas e desafiadoras.

Segundo dados do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar⁵ (ANS), em março de 2023, o número de beneficiários de planos de saúde no Brasil ultrapassava 50 milhões. Isso representa uma parcela significativa da população, demonstrando a crescente demanda por serviços de saúde privados.

Ainda segundo o site da agência, comparado a anos anteriores, observa-se um crescimento substancial no número de usuários. Por exemplo, entre 2020 e 2022, houve um aumento considerável de beneficiários. Em 2020, a ANS registrava 48,1 milhões de beneficiários; em 2022, já haviam ultrapassado 50 milhões. A ANS também apresenta dados de internações, mostrando que em 2022 o sistema de saúde suplementar foi responsável por 41% das internações, enquanto o SUS respondeu pelas outras 59%.

Diversos fatores contribuíram para este crescimento. A pandemia de COVID-19 desempenhou um papel crucial, destacando a necessidade de acesso rápido a serviços médicos e intensificando a busca por planos privados como forma de garantir maior agilidade e qualidade no atendimento.

A crescente insatisfação com a lentidão e a falta de recursos no sistema público de saúde, também impulsionou a procura por planos de saúde privados como alternativa a esse sistema.

Adicionalmente, a expansão da classe média e a maior conscientização da importância da saúde como bem individual contribuíram para o aumento da demanda por planos de saúde suplementares. A oferta de planos mais flexíveis e com coberturas mais amplas também contribuiu em grande medida para o crescimento desse setor.

⁵ AGÊNCIA GOV. Panorama – Saúde Suplementar: ANS divulga dados até julho de 2023. Acesso em 30 novembro 2024

O crescimento da adesão aos planos, de acordo com a pesquisadora Ingrid Santos⁶ (2024), sofre oscilações de acordo com a economia do país, mas possui uma tendência geral de crescimento e se intensificou com o advento da pandemia de COVID-19.

Nas palavras da autora:

A partir de 2014, com o início da crise econômica brasileira, a tendência foi de redução na adesão aos planos de saúde, com uma pequena reversão em 2021, sobretudo em decorrência da incidência do Coronavírus no panorama mundial (JUSBRASIL).

Nesse contexto, em 2021, 22,94% da população brasileira aderiram aos planos de saúde privados. Apesar de ser representativa, evidencia-se que, em um país com dimensões continentais, ainda pode existir uma margem expressiva para crescimento do setor.

Analisando outro aspecto do papel que este setor desempenha no país, o perfil dos usuários de planos de saúde no Brasil apresenta algumas características relevantes. A adesão é maior nas regiões mais desenvolvidas do país, particularmente Sudeste e Sul, refletindo as disparidades regionais de renda e acesso a serviços de saúde.

Observa-se também uma maior concentração de planos em faixas etárias mais jovens, provavelmente devido ao fato de que muitos empregados recebem planos como benefício e a maior proporção da população idosa está em regiões mais desenvolvidas e com melhores acessos aos planos.

Apesar da desigualdade de renda e oportunidades no mercado de trabalho, que afeta particularmente as mulheres, o gênero feminino apresenta uma maior taxa de adesão que o masculino, provavelmente devido a maior preocupação feminina com a saúde e o cuidado.

Por fim, um tópico de suma importância é a relação entre o sistema de saúde suplementar e o SUS. Tal relação é fundamental para atender à demanda por serviços de saúde no Brasil. O SUS funciona como o sistema público universal e gratuito, enquanto o sistema de saúde suplementar serve como um importante

⁶ SANTOS, Ingrid Lessa Costa Benrós. **UM ESTUDO SOBRE A ADESÃO AOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO BRASIL (2000 A 2021)**. Repositório Institucional – Universidade Federal de Uberlândia, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/39643>. Acesso em: 30, novembro, 2024.

complemento, oferecendo aos usuários maiores opções de escolha, acesso mais rápido e maior variedade de tratamentos.

A dualidade do sistema apresenta vantagens e desafios. O SUS enfrenta desafios relacionados a recursos financeiros, infraestrutura e gestão, enquanto o sistema de saúde suplementar tem altos custos e não atende a toda a população.

Essa dinâmica demonstra a necessidade de um debate contínuo sobre o equilíbrio entre o setor público e privado, buscando garantir a universalidade do acesso à saúde e a sustentabilidade do sistema como um todo. A regulamentação eficiente e o controle de preços abusivos nos planos são fundamentais para garantir a proteção dos usuários e garantir a qualidade dos serviços prestados.

2. AS CLÁUSULAS ABUSIVAS E SUA INTERPRETAÇÃO NA DOCTRINA E NO JUDICIÁRIO

2.1 O CONCEITO DE CLÁUSULA ABUSIVA

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), em seu artigo 51, define o conceito de cláusula abusiva como um elemento crucial para a proteção do consumidor em relações contratuais de consumo. O dispositivo legal estabelece a nulidade de pleno direito de diversas cláusulas que, por sua natureza, geram desequilíbrio e prejuízos para o consumidor, configurando-se como abusivas. O rol exemplificativo presente no artigo 51 do CDC demonstra a preocupação do legislador em prever situações comuns de abuso, mas não esgota as hipóteses possíveis. A lei visa proteger o consumidor de contratos que, por meio de cláusulas desproporcionais, o colocam em situação de desvantagem. A interpretação destas cláusulas deve ser feita sob a ótica da boa-fé objetiva, buscando o equilíbrio entre as partes.

A doutrina contribui significativamente para o entendimento do conceito de cláusula abusiva. Segundo o autor Ruy Rosado Aguiar Júnior⁷ (2019, p. 18. *apud*

⁷ CASTRO, Marcelo dos anjos de. **Abusividade nos Contratos de Plano de Saúde e a Vulnerabilidade do Consumidor**. MIGALHAS, 2019. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/11/78C4D038D8FDFB_ARTIGO-ABUSIVIDADENOSCONTRATOD.pdf. Acesso em: 06, maio, 2025.

Castro, 2019, p. 18): “são cláusulas abusivas as que caracterizam lesão enorme ou violação ao princípio da boa-fé objetiva, estes dois princípios funcionando como cláusulas gerais do Direito.”

Essa definição enfatiza a necessidade de interpretar as cláusulas contratuais à luz dos princípios da boa-fé e da equidade, buscando resguardar a justiça e a igualdade entre as partes. A abusividade, portanto, não se limita a uma análise estritamente literal do texto contratual, mas sim à sua efetiva aplicação e consequências para o consumidor, considerando-se o contexto da relação de consumo.

A função do instituto da cláusula abusiva é, primordialmente, proteger o consumidor de práticas desleais e de termos contratuais desproporcionais, que podem resultar em prejuízos econômicos e sociais. A existência de uma cláusula abusiva demonstra um desequilíbrio na relação contratual, favorecendo o fornecedor em detrimento do consumidor, que, por sua fragilidade, muitas vezes não dispõe de condições para igualdade de barganha. Esse desequilíbrio é exatamente o que o CDC busca evitar, garantindo a tutela do consumidor diante do poder econômico superior dos fornecedores.

A consequência da constatação de uma cláusula abusiva no contrato é a sua nulidade de pleno direito (art. 51, caput, CDC). Como afirma Cláudio Bonatto⁸ (2004. p. 39.):

A nulidade de pleno direito é aquela cominada a vício descrito com precisão matemática pela lei, ou seja, de vício manifesto, visível pelo próprio instrumento ou por prova literal; por essa razão, ao juiz é admitido dela conhecer independentemente de provocação.

Essa nulidade automática reforça a proteção conferida ao consumidor pelo CDC, prescindindo da demonstração de prejuízo concreto, pois a própria existência da cláusula abusiva já configura violação aos princípios da boa-fé e da equidade.

Entretanto, a nulidade de uma cláusula abusiva não implica, necessariamente, a nulidade de todo o contrato. Conforme ressalta Marques⁹ (2016,

⁸ BONATTO, Cláudio. **Código de Defesa do Consumidor: cláusulas abusivas nas relações contratuais de consumo**. 2.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

⁹ MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

p. 540): “A sanção, portanto, é negar efeito unicamente para a cláusula abusiva, preservando-se, em princípio, o contrato, salvo se a ausência da cláusula desestruturar a relação contratual, gerando ônus excessivo a qualquer das partes.”

A interpretação sistemática do artigo 51, §2º, do CDC, permite a manutenção da validade do contrato, excluindo-se apenas a cláusula abusiva, a menos que a sua exclusão gere um desequilíbrio intolerável na relação contratual. A integração do contrato, nesse sentido, busca a preservação do negócio jurídico, respeitando-se o equilíbrio e a boa-fé objetiva.

2.2 AS CLÁUSULAS ABUSIVAS NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE À LUZ DA CONSTITUIÇÃO

A proliferação de cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde configura um grave problema jurídico-social, em flagrante descompasso com os princípios e direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal. O direito à saúde, expressamente reconhecido no art. 6º da Constituição como direito social fundamental, é sistematicamente violado por cláusulas que, de forma arbitrária e desproporcional, limitam o acesso a serviços médicos essenciais.

Tais cláusulas podem se manifestar na forma de exclusões de cobertura para procedimentos específicos, restrições quanto à escolha de médicos e hospitais, ou ainda, através da imposição de prazos e burocracias excessivas que obstaculizam o acesso a tratamentos oportunos. Essa prática, além de afrontar o art. 6º, viola diretamente o art. 5º, inciso II, que garante a liberdade, e o art. 5º, inciso XXXII, que garante a proteção ao consumidor por meio da intervenção estatal quando necessário.

Além disso, recusa de cobertura para tratamentos imprescindíveis à saúde, com base em cláusulas restritivas, desrespeita fundamentalmente a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), direito fundamental que pressupõe o direito a uma vida digna e saudável. A jurisprudência tem sido crucial na invalidação destas práticas abusivas.

A existência de cláusulas abusivas nos contratos de planos de saúde representa, além da violação de direitos fundamentais, um profundo desrespeito à função social do contrato. O contrato, como instrumento de circulação de riquezas e de organização social, deve contribuir para o bem comum e a justiça social. Conforme

destaca Arruda Alvim¹⁰ (1995, p. 12): "a função social do contrato não pode ser esquecida, nem mesmo no contexto de plena autonomia da vontade".

A priorização dos lucros das operadoras, em detrimento da garantia de saúde dos consumidores, reflete uma profunda distorção da função social do contrato. Contratos com cláusulas abusivas deixam de ser instrumentos de proteção e se transformam em mecanismos de exploração. Como afirma Miguel Reale¹¹ (2002, p. 386): "O direito não pode ser desatento com as variáveis sociais." A crescente judicialização de conflitos relacionados a planos de saúde corrobora essa realidade, evidenciando a necessidade de uma atuação mais incisiva do Poder Judiciário e do legislador para combater as práticas abusivas e assegurar a efetividade do direito fundamental à saúde.

2.3 AS CLÁUSULAS ABUSIVAS EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE NAS DECISÕES DOS TRIBUNAIS SUPERIORES

A jurisprudência dos tribunais superiores tem desempenhado papel crucial na definição e combate às cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde, consolidando um entendimento majoritário voltado à proteção dos direitos dos consumidores e à efetividade do direito fundamental à saúde. Nos últimos anos, diversas decisões e súmulas têm reforçado a invalidade de cláusulas que, de forma desproporcional, limitam a cobertura assistencial, impondo restrições arbitrárias ao acesso a serviços médicos, tratamentos e medicamentos. O enfoque tem sido na análise da boa-fé objetiva, da função social do contrato, e na vulnerabilidade do consumidor frente ao poder econômico das operadoras de saúde.

A jurisprudência do STJ, em especial, tem sido prolífica na limitação de cláusulas que impõem reajustes de mensalidade com base na idade do consumidor, delimitando em quais casos a prática é considerada discriminatória e contrária ao Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003). Para ilustrar, o recurso repetitivo tema 952¹²,

¹⁰ ALVIM, Eduardo Arruda; ALVIM, Thereza; ARRUDA ALVIM, Eduardo; MARINS, James. **Código do Consumidor Comentado**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

¹¹ REALE, Miguel. **Filosofia do Direito**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 386.

¹² MIGALHAS. **Reajuste por faixa etária nos contratos de plano de saúde: análise do recurso repetitivo tema 952 do STJ**. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/286628/reajuste-por-faixa-etaria-nos-contratos-de-plano-de-saude--analise-do-recurso-repetitivo-tema-952-do-stj>, acesso em 26, abril, 2025.

julgado em 2018, estabeleceu limites para a aplicação de cláusula que previa reajuste exclusivamente baseado na idade, reforçando a orientação jurisprudencial de que a idade não pode ser o único fator determinante para o cálculo de reajustes.

O referido julgado do STJ, conforme artigo de seu site¹³, regulamenta o reajuste do prêmio baseado na idade da seguinte forma:

O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.

Além disso, o STJ tem se posicionado firmemente contra cláusulas que excluem ou restringem de forma desarrazoada a cobertura de procedimentos médicos, como exemplificado no REsp 2096898/PE (2023) que anulou cláusula que limitava indevidamente a cobertura de sessões de fisioterapia.

De acordo com artigo constante no portal Migalhas¹⁴ acerca do posicionamento dessa corte superior, destaca-se o seguinte trecho:

A 3ª turma do STJ tem reiteradamente se posicionado contra a limitação de sessões terapêuticas. No julgamento do REsp 2096898/PE, relatado pela ministra Nancy Andrighi e julgado em outubro de 2023, o colegiado afirmou categoricamente que considera abusiva qualquer cláusula contratual ou ato da operadora de plano de saúde que resulte na interrupção de tratamento por esgotamento do número de sessões anuais previstas no rol de procedimentos da ANS, quando não alcançados os objetivos terapêuticos estabelecidos pelo médico que acompanha o paciente.

Dessa forma, torna-se evidente a tendência jurisprudencial de defesa dos direitos do consumidor e invalidação das cláusulas abusivas, principalmente quando essas violam direitos fundamentais.

3. AS POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA OS ABUSOS COMETIDOS NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

¹³ STJ. **Precedentes Qualificados**. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=952&cod_tema_final=952. Acesso em: 26, abril, 2025.

¹⁴ MIGALHAS. **Abusividade da limitação de sessões terapêuticas pelos planos de saúde**. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/426090/abusividade-da-limitacao-de-sessoes-terapeuticas-pelos-planos-de-saude>. Acessado em 26, abril, 2025.

3.1 AS COMPETÊNCIAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial criada pela Lei nº 9.961/2000, desempenha um papel crucial na regulação do setor de saúde suplementar no Brasil. Sua competência abrange a normatização, o controle e a fiscalização das atividades das operadoras de planos de saúde, visando garantir a defesa do interesse público e a qualidade dos serviços prestados aos consumidores. Nesse contexto, o combate às cláusulas abusivas nos contratos de adesão dos planos de saúde emerge como um dos pilares da atuação da ANS, buscando equilibrar a relação entre operadoras e beneficiários.

A Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece diretrizes para a proteção dos consumidores, mas a atuação da ANS se mostra essencial para concretizar esses direitos. A agência possui a prerrogativa de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais, fiscalizar o cumprimento das normas e aplicar penalidades em caso de descumprimento, conforme previsto no Art. 4º da Lei nº 9.961/2000.

Nesse sentido, a doutrina consumerista tem se posicionado sobre a importância da atuação da ANS na proteção dos direitos dos consumidores. Cláudia Lima Marques¹⁵ (2016, p. 540), renomada especialista em direito do consumidor, destaca que: "A vulnerabilidade do consumidor nos contratos de planos de saúde é patente, dada a assimetria de informações e a dependência do serviço para a garantia da saúde." Essa vulnerabilidade exige uma atuação regulatória firme e eficaz por parte da ANS para coibir práticas abusivas.

Ainda, a competência da ANS para regular os contratos de planos de saúde é fundamental para garantir o acesso à saúde e a qualidade dos serviços prestados. Conforme ensina Fábio Ulhoa Coelho¹⁶ (2016, p. 50): "A regulação estatal da atividade econômica é justificada pela necessidade de corrigir falhas de mercado e promover o bem-estar social."

¹⁵ MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

¹⁶ COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de Direito Comercial**. 20. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2016.

No setor de saúde suplementar, a regulação da ANS busca justamente corrigir as falhas de mercado que podem prejudicar os consumidores, como a imposição de cláusulas abusivas que restringem direitos e dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Portanto, a ANS desempenha um papel fundamental na proteção dos direitos dos consumidores de planos de saúde, atuando na regulamentação dos serviços e dos contratos, com o objetivo de coibir cláusulas abusivas e garantir o acesso à saúde e a qualidade dos serviços prestados. Sua atuação se mostra essencial para equilibrar a relação entre operadoras e beneficiários, promovendo um ambiente mais justo e transparente no setor de saúde suplementar.

3.2 AS LACUNAS NO PAPEL DESEMPENHADO PELA ANS NA FISCALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial criada pela Lei nº 9.961/2000, detém a competência de regular e fiscalizar o setor de planos de saúde no Brasil, buscando garantir a proteção dos consumidores e a sustentabilidade do sistema. No entanto, a efetividade de sua atuação tem sido questionada, com diversas lacunas identificadas em seu papel de supervisão e controle. Essas falhas não apenas comprometem a qualidade dos serviços prestados, mas também geram consequências sociais significativas, afetando o acesso à saúde e a segurança dos beneficiários.

Um dos principais problemas reside na assimetria de poder entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores, agravada pela falta de transparência e acesso à informação. Essa assimetria se manifesta de diversas formas, como a dificuldade dos consumidores em obter informações claras e comparáveis sobre os planos, a rede credenciada, os índices de reclamação e a saúde financeira das operadoras. Essa falta de informações dificulta a tomada de decisões bem-informadas e conscientes por parte dos beneficiários, que se veem vulneráveis a práticas abusivas e à restrição indevida de coberturas. Para ilustrar essa questão,

podemos recorrer à análise de Freitas e Queluz¹⁷ (2022, p. 183), que, ao estudarem a judicialização da saúde suplementar, identificaram que:

A negativa de coberturas por planos ou seguros de saúde promove um forte impacto na vida dos beneficiários (15). São vários os motivos que torna o escopo das coberturas pouco claro, podendo confundir os beneficiários e induzir a ideia de que, ao adquirir um plano de saúde, terão cobertura integral de todas as suas necessidades de saúde e não a parte dela: a variabilidade da segmentação dos planos de saúde, os tipos de contratos (antigos e novos) e outras assimetrias de informação (9).

Essa falta de clareza e a complexidade dos contratos, somadas à dificuldade de acesso a informações relevantes, colocam o consumidor em uma posição de desvantagem, dificultando a comparação entre os planos, a escolha da melhor opção e a defesa de seus direitos. A consequência social dessa assimetria é a vulnerabilidade dos beneficiários, que muitas vezes se veem obrigados a aceitar condições desfavoráveis ou a recorrer ao Judiciário para garantir o acesso a tratamentos e procedimentos necessários.

Outra lacuna importante é a falta de efetividade da ANS na aplicação das normas de proteção ao consumidor, especialmente em relação aos contratos de adesão e às cláusulas abusivas. Conforme aponta Daniela Batalha Trettel¹⁸ (2018, p. 166):

Portanto, falha a regulação exercida pela ANS quando, com base em interpretação equivocada da legislação, deixa de aplicar as normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor, voltando-se mais aos interesses das operadoras e à viabilidade do mercado de planos de saúde e menos às necessidades do consumidor e à garantia do direito à saúde, ou ainda à fiscalização do mercado e efetiva penalização das operadoras.

Essa leniência da ANS na aplicação do CDC resulta em um aumento da judicialização, com os consumidores buscando no Poder Judiciário a proteção de seus direitos. A judicialização, por sua vez, gera custos adicionais para o sistema de saúde

¹⁷ FREITAS, Beatriz Cristina de; QUELUZ, Dagmar de Paula. **Acesso a bens e serviços de saúde dos planos de saúde por meio da judicialização: um estudo do estado de São Paulo**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 11, n. 1, 2022.

¹⁸ TRETTEL, Daniela B.; KOZAN, Juliana F.; SCHEFFER, Mario C. **Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras**. R. Dir. sanit., São Paulo v.19 n.1, 2018.

e sobrecarrega o Judiciário, além de não garantir uma solução rápida e efetiva para todos os beneficiários.

As consequências sociais dessas lacunas são diversas. A restrição indevida de coberturas, por exemplo, pode levar à interrupção de tratamentos, ao agravamento de doenças e até mesmo à morte. A falta de fiscalização sobre os reajustes abusivos, especialmente em planos coletivos, onera excessivamente os beneficiários, comprometendo seu acesso à saúde e à qualidade de vida. A má gestão da rede credenciada e a falta de transparência sobre a disponibilidade de serviços podem dificultar o acesso a consultas, exames e internações, gerando filas de espera e peregrinação em busca de atendimento.

3.3 SOLUÇÕES PARA AUMENTAR A EQUIDADE ENTRE CONSUMIDOR E FORNECEDOR NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A busca por um sistema de saúde suplementar mais justo e equitativo passa, necessariamente, pela implementação de medidas que reduzam a assimetria de poder entre consumidores e operadoras, combatam as cláusulas abusivas nos contratos de adesão e fortaleçam a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Especialistas em direito do consumidor e saúde suplementar apontam para um conjunto de soluções que visam a garantir o acesso à saúde, a proteção dos direitos dos beneficiários e a sustentabilidade do setor.

Um dos pilares para a promoção da equidade é o combate às cláusulas abusivas nos contratos de adesão, que frequentemente impõem restrições indevidas aos direitos dos consumidores. Como destaca Maria Stella Gregori¹⁹ (2010, p. 140.), ao analisar os contratos de adesão:

[...] uma vez que se trata de um contrato de consumo, verifica-se que a prestação de serviços de assistência à saúde é oferecida, no mercado, aos consumidores, por meio de um contrato de adesão, padronizado, em que todas as cláusulas são preestabelecidas pelo fornecedor.

Essa padronização, aliada à falta de informação e à vulnerabilidade dos consumidores, facilita a inserção de cláusulas que limitam indevidamente a cobertura, restringem o acesso a tratamentos e medicamentos, ou impõem reajustes abusivos.

¹⁹ GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde A Ótica da Proteção do Consumidor**. 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

Para combater essa prática, é fundamental que o Poder Judiciário exerça um controle rigoroso sobre os contratos de planos de saúde, declarando a nulidade das cláusulas abusivas e garantindo a efetiva reparação dos danos causados aos consumidores.

Outra solução importante é o fortalecimento da atuação da ANS como reguladora e fiscalizadora do setor. É preciso que a agência exerça seu poder de polícia de forma efetiva, monitorando as práticas das operadoras, aplicando sanções em caso de descumprimento das normas e garantindo a transparência e o acesso à informação. Nesse sentido, a atuação da ANS deve ser pautada pelos princípios do Código de Defesa do Consumidor, buscando equilibrar a relação entre operadoras e beneficiários. Como destaca Paulo R. Roque Khouri²⁰ (2020):

O Código de Defesa do Consumidor [...] há convergência de princípios básicos de ambas as leis, notadamente os princípios cardeais de elaboração do Código Civil atual, na medida em que a operabilidade refere-se à elaboração de uma lei pragmática, a socialidade ocupa-se com o atendimento, no que se refere aos direitos subjetivos, ao mesmo tempo, de um interesse individual e de um interesse social, e a eticidade preocupa-se com o “padrão ético-moral diferenciado nas relações jurídicas”, abrangendo a boa-fé objetiva e o equilíbrio das relações.

A ANS deve, portanto, atuar como um agente normativo e regulador que promova a justiça e a igualdade material na relação entre consumidores e fornecedores, garantindo o acesso à saúde e a qualidade dos serviços prestados. Isso implica a revisão e atualização constante das normas do setor, a fim de adaptá-las às novas tecnologias e modalidades de atendimento, bem como a promoção de mecanismos de participação social que permitam aos consumidores influenciar as decisões da agência.

Em suma, para aumentar a equidade na saúde suplementar, é necessário um esforço conjunto do Poder Judiciário, da ANS, do Legislativo e da sociedade civil, visando a combater as cláusulas abusivas, fortalecer a regulação e a fiscalização, promover a transparência e o acesso à informação e garantir a efetiva proteção dos direitos dos consumidores.

CONCLUSÃO

²⁰ KHOURI, Paulo R. Roque A. **DIREITO DO CONSUMIDOR**. São Paulo: Grupo GEN, 2020

Concluimos que os planos de saúde e sua atuação são fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), autarquia especial criada pela Lei nº 9.961/2000. Sua competência abrange a normatização, o controle e a fiscalização das atividades das operadoras de planos de saúde, visando garantir a defesa do interesse público e a qualidade dos serviços prestados aos consumidores. Tal atuação possui problemas patentemente apontados por pesquisadores, como a leniência em relação a operadoras que incluem cláusulas abusivas nos contratos, deixando de lhes aplicar punições eficientes. O resultado são abusos ao direito do consumidor, interrupções de tratamentos e, conseqüentemente, o sobrecarregamento do judiciário com demandas de beneficiários insatisfeitos.

Ademais, constatamos que há lacunas que não são resolvidas pela lei dos planos de saúde e tampouco pelo CDC, a exemplo dos reajustes da mensalidade em razão da faixa etária do beneficiário e das interrupções de sessões de fisioterapia antes do fim do tratamento. Tais omissões são resolvidas por meio da jurisprudência dos tribunais, que sopesam princípios por vezes antagônicos, como os da liberdade contratual e o direito à saúde, para encontrar a melhor solução aos casos concretos.

Por derradeiro, concluimos que a jurisprudência dos tribunais superiores tende a se posicionar de forma favorável à parte hipossuficiente da relação consumerista, consubstanciada na figura do beneficiário. Contudo, tal tendência não é absoluta, há casos em que o respeito aos contratos firmados ganha maior relevância, mesmo que haja cláusula desfavorável ao beneficiário, a exemplo do recurso repetitivo tema 952, do STJ.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA GOV. **Panorama – Saúde Suplementar: ANS divulga dados até julho de 2023.** Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202310/panorama-2013-saude-suplementar-ans-divulga-dados-ate-julho-de-2023>. Acesso em: 30, novembro, 2024.

ALVIM, Eduardo Arruda; ALVIM, Thereza; ARRUDA ALVIM, Eduardo; MARINS, James. **Código do Consumidor Comentado**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

ASAP. **História e desafios da Saúde Suplementar.** Disponível em: <https://asapsaude.org.br/jornada-de-gsp/historia-e-desafios-da-saude-suplementar/4290/>. Acesso em: 30, novembro, 2024.

BONATTO, Cláudio. **Código de Defesa do Consumidor: cláusulas abusivas nas relações contratuais de consumo**. 2.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Câmara dos Deputados, 2006. **Especial Saúde 2 - Conheça mais sobre a história dos planos de saúde no Brasil**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/275168-especial-saude-2-conheca-mais-sobre-a-historia-dos-planos-de-saude-no-brasil-05-55/>. Acesso em: 30 novembro 2024.

CASTRO, Marcelo dos anjos de. **Abusividade nos Contratos de Plano de Saúde e a Vulnerabilidade do Consumidor**. MIGALHAS, 2019. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/11/78C4D038D8FDFB_ARTIGO-ABUSIVIDADENOSCONTRATOD.pdf. Acesso em: 06, maio, 2025.

COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de Direito Comercial**. 20. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2016.

FONSECA, João Bosco Leopoldino da. **Cláusulas abusivas nos contratos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1993.

FREITAS, Beatriz Cristina de; QUELUZ, Dagmar de Paula. **Acesso a bens e serviços de saúde dos planos de saúde por meio da judicialização: um estudo do estado de São Paulo**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 11, n. 1, 2022.

FILOMENO, José Geraldo Brito. **Curso fundamental de direito do consumidor**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde A Ótica da Proteção do Consumidor**. 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

JÚNIOR, Ruy Rosado de Aguiar. **Cláusulas abusivas no Código de Defesa do Consumidor**. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1994.

KHOURI, Paulo R. Roque A.. **DIREITO DO CONSUMIDOR**. São Paulo: Grupo GEN, 2020.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**. 3.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1998.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

MIGALHAS. **Abusividade da limitação de sessões terapêuticas pelos planos de saúde**. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/426090/abusividade-da-limitacao-de-sessoes-terapeuticas-pelos-planos-de-saude>. Acessado em 26, abril, 2025.

MIGALHAS. **Reajuste por faixa etária nos contratos de plano de saúde: análise do recurso repetitivo tema 952 do STJ**. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/286628/reajuste-por-faixa-etaria-nos-contratos-de-plano-de-saude--analise-do-recurso-repetitivo-tema-952-do-stj>, acesso em 26, abril, 2025.

REALE, Miguel. **Filosofia do Direito**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

SANTOS, Ingrid Lessa Costa Benrós. **UM ESTUDO SOBRE A ADEÇÃO AOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO BRASIL (2000 A 2021)**. Repositório

Institucional – Universidade Federal de Uberlândia, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/39643>. Acesso em: 30, novembro, 2024.

STJ. **Precedentes Qualificados**. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=952&cod_tema_final=952. Acesso em: 26, abril, 2025.

TRETTEL, Daniela B.; KOZAN, Juliana F.; SCHEFFER, Mario C. **Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras**. R. Dir. sanit., São Paulo v.19 n.1, 2018.