

Nº 19.16.2477.0118394/2022-78/ 2024

Parecer nº 03/2024 - PGJMG/PROCON-MG/SECP/ASJUP

ASSUNTO: 6ª Promotoria de Justiça de Alfenas/MG solicita análise de 'Instrumento Particular de Contratação da Atividade Cooperativa decorrente da Lei Federal Nº 5.764/71 na Assistência da Saúde Suplementar através da Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços Diagnóstico e Terapia Individual/Familiar'.

EMENTA: Abusividade - Desequilíbrio contratual - Nulidade - Cláusulas contratuais - Plano de assistência à saúde - Operadora de plano de saúde - Contrato de Adesão - Cobertura hospitalar - Rol de Procedimentos Médicos - Fornecimento de medicamentos - Código de Defesa do Consumidor - Lei Federal 5.764/71 - Lei Federal 9.656/1998 - ANS - ANVISA.

1. RELATÓRIO

Por meio do Formulário (3776922), a 6ª Promotoria de Justiça de Alfenas–MG, solicita análise do contrato elaborado pela operadora de plano de saúde.

Trata-se do Processo Administrativo - Procon-MG n.º MPMG - 0016.14.000409-0, instaurado *ex officio* pela Promotoria de Justiça consulente, no dia 20 de fevereiro de 2015, no intuito de apurar eventuais irregularidades no contrato de plano de saúde.

Ressalta-se que essa Assessoria Jurídica, no dia 21 de julho de 2017, elaborou o Parecer Técnico 03/2017, tendo como assunto Processo Administrativo - PROCON Nº MPMG - 0024.17.000543-3 - Contrato de plano de saúde - Alfenas - Legalidade das cláusulas contratuais, após consulta encaminhada pela 6ª Promotoria de Justiça da Comarca de Alfenas/MG, solicitando análise quanto a legalidade das cláusulas constantes do contrato disponibilizado pela operadora de plano de saúde, em janeiro de 2015.

De acordo com o referido Parecer Técnico, foram identificadas 03 (três) irregularidades, quais sejam: abusividade na cláusula de exclusão da cobertura de procedimentos, previsão de taxa de juros de 0,15% ao dia, totalizando 4,5% ao mês, e na cobrança de taxa de adesão ou inclusão no plano.

Outrossim, o Parecer Técnico apontou para abusividade da Cláusula 4, do contrato de plano de saúde (fls. 16/19), referente à exclusão de cobertura de doenças, procedimentos, técnicas, materiais e exames, sob o fundamento de que extrapola o rol de procedimentos previstos no artigo 10 da Lei Federal 9.656/1998, implicando renúncia de direitos dos consumidores, nos termos do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor.

Dada ciência do Parecer Técnico do Procon-MG à operadora de plano de saúde, essa informou, em síntese, que, a limitação de cobertura/exclusões atende perfeitamente os preceitos legais, não havendo ilegalidades e que não há proibição legal quanto à imposição de taxa de adesão. A empresa concordou com adequação da imposição de juros de mora limitados a 1% mediante a celebração de TAC.

A operadora de planos de saúde também informou que as exclusões de cobertura estão segundo os preceitos

legais aplicáveis à espécie.

Ante o exposto, **a consulente concluiu que o Parecer Técnico não enfrentou uma por uma as previsões contratuais de exclusão de cobertura além daquelas previstas no art. 10 da Lei Federal n.º 9.656/1998, bem como não indicou quais itens estariam em desacordo com as exigências mínimas previstas na referida lei, entendendo assim, a necessidade da análise pormenorizada de todas as exclusões.**

Outrossim, a Promotoria de Justiça oficiou o representante da operadora de planos de saúde, no dia 02 de junho de 2022, para apresentar cópia do atual contrato particular de plano de assistência à saúde disponibilizado aos clientes, uma vez que é de 2015 o contrato juntado aos autos.

É breve o relato. Passa-se à análise contratual.

2. CONCLUSÃO

"Há no contrato atual da xxx irregularidades nas cláusulas contratuais por afronta à legislação aplicável à espécie, notadamente a Lei Federal n.º 9.656/1998 e o Código de Defesa do Consumidor." (sic)

As cláusulas abusivas são determinações contratuais que concedem vantagens exageradas aos fornecedores em desrespeito às proteções e garantias previstas no CDC.

A fim de garantir equilíbrio na relação contratual entabulada entre consumidor e fornecedor, o artigo 6º do CDC prevê alguns direitos básicos do consumidor, dentre eles, a sua proteção contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços.

Para o CDC, presume-se exagerada e, conseqüentemente, nula de pleno direito, cláusula que: "I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence; II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual; III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso." (art. 51, inc. IV e § 1º, incs. I a III, do CDC).

Assim sendo, o CDC visa a proteção do consumidor contra as cláusulas abusivas sempre que ocorrer "desequilíbrio contratual, com a supremacia do fornecedor sobre o consumidor", em qualquer contrato, "concluído mediante qualquer técnica contratual".^[1] Por isso, a identificação das cláusulas abusivas nos contratos de consumo deve ser interpretada como um fenômeno moderno na sociedade, através da mudança de valores, interesses e necessidades.

Ante o exposto, realizar-se análise da íntegra do contrato do ponto de vista das relações de consumo, atribuição deste órgão de proteção e defesa do consumidor.

Ressalta-se que serão analisadas apenas as cláusulas contratuais passíveis de alteração ou supressão.

Outrossim, o art. 51, §4º, do CDC, estabelece: **É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o representante requerer o Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.** (Grifo nosso).

Instrumento Particular de Contratação da Atividade Cooperativa decorrente da Lei Federal Nº 5764/71 na Assistência da Saúde Suplementar através da Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços Diagnóstico e Terapia Individual/Familiar

CLÁUSULA V - DA COBERTURA HOSPITALAR

(01) Cláusula 5.12 - Cobertura de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei nº 9.273/96, de que trata sobre o planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde, bem como diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente;

Análise: A Lei Federal nº 14.443/2022, cuja vigência iniciou-se em 2 de março de 2023, alterou a Lei Federal nº 9.263/1996, diminuindo de 25 para 21 anos a idade mínima, em homens e mulheres, de capacidade civil plena, para submeter-se a procedimento voluntário de esterilização. Esse limite de idade, no entanto, não é exigido de quem já tenha ao menos dois filhos vivos. Além disso, não há mais a necessidade de consentimento expresso de ambos os cônjuges para que ocorra o procedimento.

Corroborando com esse entendimento, a Resolução Normativa nº 576, editada, em 21 de março de 2023, pela ANS, regulamentou o tema e tornou obrigatório o custeio do procedimento pelas operadoras de planos de saúde, beneficiando os usuários.

Conclusão: A cobertura hospitalar deve seguir as diretrizes das legislações vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde, a exemplo, da Lei Federal nº 9.263/1996, do Rol de Procedimento e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como da Resolução Normativa ANS nº 576/2023.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

CLÁUSULA VI - COBERTURA OBSTÉTRICA

(02) Cláusula 6.3 - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

Análise: Plano de saúde deve inscrever recém-nascido neto de titular e custear internação que supere 30º dia do nascimento.

A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) reafirmou o posicionamento, qual seja, que a operadora é obrigada a inscrever no plano de saúde o recém-nascido, filho de dependente e neto do titular, na condição de dependente, sempre que houver requerimento administrativo. Para o colegiado, a operadora deve, ainda, custear tratamento médico do recém-nascido mesmo quando ultrapassado o 30º dia de seu nascimento – a partir dos 30 dias após o parto, contudo, a operadora também pode iniciar a cobrança das mensalidades correspondentes à faixa etária do novo beneficiário.^[2]

A mesma Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) manteve acórdão que determinou a uma operadora de plano de saúde a cobertura assistencial para um recém-nascido submetido a internação que ultrapasse o 30º dia do seu nascimento, ainda que ele não tenha sido inscrito como beneficiário no contrato.

*RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE OBSTÉTRICO. RECÉM-NASCIDO. NETO DO TITULAR. INCLUSÃO NO CONTRATO. POSSIBILIDADE. FILHO DE CONSUMIDOR DEPENDENTE. DIREITO DE INSCRIÇÃO NO PLANO. COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR. GARANTIA LEGAL. PARTO. PRAZO DE 30 DIAS. INTERNAÇÃO. PRAZO SUPERIOR. **TRATAMENTO. DESCONTINUIDADE. ABUSIVIDADE.** USUÁRIO POR EQUIPARAÇÃO. RECOLHIMENTO DE MENSALIDADES EQUIVALENTES À FAIXA ETÁRIA. STJ. RECURSO ESPECIAL n.º 2049636 - SP (2021/0008162-7) (grifo nosso).*

O colegiado entendeu que, apesar de a Lei Federal 9.656/1998 prever a cobertura sem inscrição apenas para os primeiros 30 dias após o nascimento, deve ser resguardado o direito dos beneficiários que estejam em tratamento ou internados (processo em segredo judicial).^[3]

Sobre esse prisma, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 1º, inciso III, aborda a Dignidade da Pessoa Humana como princípio fundante do Estado Democrático de Direito. Ressalta-se que o caput do art. 5º da CF/88 assegura de forma expressa a inviolabilidade do direito à vida.

Conclusão: Conforme entendimento do STJ, bem como com fundamento no princípio da Dignidade da Pessoa Humana, deve haver a extensão do prazo legal até a alta médica do recém-nascido.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

CLÁUSULA VII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Cláusula 7.1 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98 e as normativas da ANS, respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, estão excluídos de cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

(03) I Os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos vigente à época do evento e/ou que não atendam as Diretrizes de Utilização - DUT e/ou Protocolo de Utilização - PROUT - editados pela ANS - para a segmentação contratada, bem como os procedimentos e serviços que excederem a limitação estabelecida neste mesmo rol;

Análise: Em julgamento finalizado em julho/2022, a Segunda Seção do STJ entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS, não estando as operadoras de planos de saúde obrigadas a cobrirem tratamentos não previstos na lista. Contudo, o colegiado fixou parâmetros para que, em situações excepcionais, os planos custeiem procedimentos não previstos na lista, a exemplo de terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor.

Por maioria de votos, a seção definiu as seguintes teses:

1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo;
2. A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol;
3. É possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra rol;
4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com especialização técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

Com base nas balizas estabelecidas no julgamento, a Segunda Seção entendeu, no EREsp 1.886.929, que o plano de saúde é obrigado a custear tratamento não contido no rol para um paciente com diagnóstico de esquizofrenia, e, no EREsp 1.889.704, que a operadora deve cobrir tratamento para uma pessoa com transtorno do espectro autista, porque a ANS já reconhecia a terapia ABA como contemplada nas sessões de psicoterapia do rol de saúde suplementar.

Referências: EREsp 1886929^[4] / EREsp 1889704^[5]

Recentemente, no dia 24/04/2024, a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu a favor da cobertura de operadoras de planos de saúde a três tratamentos fora das Diretrizes de Utilização (DUT) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Referem-se aos seguintes casos:

- **REsp 2.037.616/SP:** pedido de custeio do exame PET-CT, para suspeita de câncer, a paciente com câncer colorretal e de indenização por danos morais fixada em R\$ 5 mil;

- **REsp 2.057.897/SP:** pedido de fornecimento de tratamento ocular quimioterápico anti-angiogênico a paciente com neoplasia pleural e retinopatia diabética;

- **REsp 2.038.333/AM:** pedido de cobertura de infusão de rituximabe à mulher com lúpus eritematoso sistêmico (LES). Trata-se de um uso fora da bula, também chamado de off label.

Segundo a Corte, os casos subiram para a seção pela possibilidade de mudança de posicionamento firmado pelo rol taxativo, com exceções, em junho de 2022, diante da Lei do Rol. Dessa forma, fixaria precedente para julgar ações semelhantes futuras.

Ressalta-se que a Lei Federal nº 14.454/2022, altera a Lei Federal nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

“**Art. 10** (...)”

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

(...)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”

Conclusão: A cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde, a exemplo das terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol vigente, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor.

Sugestão: Alteração dos dispositivos contratuais.

(04) VII) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados; isto é; aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

Análise: A Terceira Turma do STJ determinou que uma operadora de plano de saúde arque com a importação do medicamento Thiotepa/Tepadina, para tratamento de câncer, o qual, apesar de ainda não registrado pela Anvisa, teve a importação autorizada em caráter excepcional pela própria agência.

Para o colegiado, ainda que a importação excepcional não substitua o registro do medicamento, a autorização dada pela Anvisa evidencia a segurança sanitária do fármaco, pois pressupõe que houve a análise da autarquia em relação à sua validade e eficácia.

Conforme a tese firmada no ano passado pela Segunda Seção, ao julgar o Tema 990, as operadoras de planos de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela Anvisa.

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO COMINATÓRIA COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. VIOLAÇÃO DO ART. 489 DO CPC/2015. INOCORRÊNCIA. OBRIGAÇÃO DE A OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE CUSTEAR MEDICAMENTO NÃO REGISTRADO NA ANVISA. TEMA 990. APLICAÇÃO DA TÉCNICA DA DISTINÇÃO (DISTINGUISHING) ENTRE A HIPÓTESE CONCRETA DOS AUTOS COM A QUESTÃO DECIDIDA EM SEDE DE RECURSO REPETITIVO. JULGAMENTO: CPC/15 (STJ. RECURSO ESPECIAL Nº 1923107 - SP 2021/0052340-6).

Corroborando com esse entendimento, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) manteve acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) que condenou uma operadora de plano de saúde a fornecer o medicamento Purodiol 200mg CDB – cuja base é a substância canabidiol, extraída da *Cannabis sativa*, planta conhecida como maconha – a um paciente diagnosticado com epilepsia grave.^[6]

Apesar de não ter registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o remédio teve sua importação excepcional autorizada pela agência, motivo pelo qual o colegiado considerou necessário fazer a distinção entre o caso analisado e o Tema 990 dos recursos repetitivos.

Diante do exposto, compreende-se que, apesar do entendimento firmado de que as operadoras de planos de saúde não são obrigadas a fornecer medicações não registradas pela Anvisa, o STJ tem determinado a cobertura de medicamentos importados pelos planos.

O Tribunal Superior tem ressaltado que há situações excepcionais em que os medicamentos sem registro na Anvisa devem ser fornecidos, como quando há a autorização da Anvisa para a importação ou quando o fármaco já teve o registro no Brasil, mas ele expirou por desinteresse comercial da indústria.

Ressalta-se que a Lei Federal nº 14.454/2022, altera a Lei Federal nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

“Art. 10 (...)

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

(...)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”

Conclusão: A operadora de plano de saúde deve arcar com o custo do fornecimento de medicamentos importados, desde que a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) seja concedida ou se o medicamento já tenha sido registrado no Brasil, mas seu fornecimento foi paralisado por ausência de interesse da indústria.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

(05) VIII) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde à exceção quanto aos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente.

Análise: A Terceira do STJ decidiu que os planos de saúde devem custear os insumos indispensáveis para o tratamento na modalidade *home care*, conforme a prescrição médica, sendo o valor do atendimento domiciliar limitado ao custo diário em hospital.

A partir desse entendimento, o colegiado acolheu o recurso especial interposto por uma idosa acometida por tetraplegia para reformar decisão do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul (TJMS) que, embora exigindo a prestação do tratamento domiciliar, dispensava a operadora de fornecer diversos insumos, ao argumento de que seriam itens particulares e não estariam previstos no contrato.

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. HOME CARE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR SUBSTITUTIVA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR. INSUMOS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO

Corroborando com esse entendimento, a 3ª Turma do STJ decidiu que a Unimed Grande Florianópolis deveria fornecer o medicamento Ferinject - de uso domiciliar e não previsto no rol de procedimentos e eventos da ANS - pelo fato de o fármaco ser aplicado por meio de via intravenosa e, portanto, administrado somente por profissional de saúde. Além disso, no entendimento dos ministros, embora o medicamento não esteja previsto no rol, ele foi prescrito para anemia grave por deficiência de ferro, doença cuja cobertura está prevista no contrato.

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – DECISÃO MONOCRÁTICA QUE DEU PARCIAL PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA PARTE REQUERENTE.

1. "O rol da ANS é solução concebida pelo legislador para harmonização da relação contratual, elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico. A uníssona doutrina especializada alerta para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar. A disciplina contratual exige uma adequada divisão de ônus e benefícios dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso tem de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto à identificação de deveres específicos do fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente." (REsp 1733013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/02/2020).

2. A Segunda Seção deste STJ, em recente julgamento (EREsp n. 1886929/SP e n. 1889704/SP) reafirmou o entendimento acima delineado, fixando as premissas que devem orientar a análise da controvérsia, as quais se encontram presentes no caso concreto: i) o esgotamento dos procedimentos/medicamentos previstos no rol da ANS, e ii) a eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências e sua recomendação no caso concreto.

2.1. Logo, deve ser mantida a decisão que determinou a cobertura, em razão da demonstração de efetiva e excepcional necessidade de cobertura do procedimento/medicamento não previsto.

3. Agravo interno desprovido.

Conclusão: Conforme entendimento do STJ, os planos de saúde devem custear os insumos indispensáveis para o tratamento na modalidade *home care*, conforme a prescrição médica. Ademais, a cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde.

Sugestão: Supressão da cláusula contratual.

(06) XII) Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internação que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

Análise: A Terceira Turma do STJ decidiu que os planos de saúde são obrigados a custear a internação de pacientes com obesidade mórbida em hospitais ou clínicas especializadas em emagrecimento, caso esta seja a indicação do médico, ainda que não haja previsão contratual para tal cobertura.

No julgamento, a turma rejeitou pedido para modificar acórdão que obrigou o plano de saúde a custear

tratamento de emagrecimento de usuário com obesidade mórbida, grau III, em clínica especializada. De forma unânime, porém, o colegiado acolheu parcialmente o recurso para afastar da condenação a indenização por danos morais ao paciente.

"Havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevivência do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor", afirmou o relator do recurso da operadora, ministro Villas Bôas Cueva.

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. OBESIDADE MÓRBIDA. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA. POSSIBILIDADE. INSUCESSO DE TRATAMENTOS MULTIDISCIPLINARES AMBULATORIAIS. CONTRAINDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. DOENÇA COBERTA. SITUAÇÃO GRAVE E EMERGENCIAL. FINALIDADE ESTÉTICA E REJUVENESCEDORA. DESCARACTERIZAÇÃO. MELHORIA DA SAÚDE. COMBATE ÀS COMORBIDADES. NECESSIDADE. DISTINÇÃO ENTRE CLÍNICA DE EMAGRECIMENTO E SPA. DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO. (STJ. REsp nº 1645762 / BA 2016/0237735-7).

Conclusão: Conforme o entendimento do STJ, os planos de saúde devem custear, o tratamento com indicação médica para obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento. Ademais, a cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde.

Sugestão: Supressão da cláusula contratual.

(07) XVII) Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, bem como todo e qualquer atendimento domiciliar, internação domiciliar (home care), mesmo em caráter de emergência ou urgência;

Análise: A Terceira Turma do STJ, por unanimidade, decidiu ser vedado ao plano de saúde reduzir o atendimento hospitalar em domicílio, conhecido como *home care*, sem indicação médica. Para o colegiado, a repentina e significativa redução da assistência à saúde durante tratamento de doença grave e contrariando a indicação médica viola os princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da dignidade da pessoa humana.

A relatora do recurso no STJ, ministra Nancy Andrighi, ponderou que, mesmo não tendo havido a suspensão do *home care*, ocorreu uma diminuição "arbitrária, abrupta e significativa" da assistência até então recebida pela paciente, conduta que deve ser considerada abusiva.

A ministra também questionou o entendimento do TJPE de que a internação domiciliar não deveria ser autorizada para pacientes em situação grave. Segundo a relatora, conforme foi decidido no AREsp 2.021.667, **"é uníssono o entendimento nesta corte de que é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar"**.

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RAZÕES QUE NÃO ENFRENTAM O FUNDAMENTO DA DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE. ALEGAÇÃO DE OMISSÃO NO ACÓRDÃO ESTADUAL. INEXISTÊNCIA. HOME CARE. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. LIMITAÇÃO DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES. FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO. NÃO IMPUGNAÇÃO. INCIDÊNCIA DO VERBETE 283 DA SÚMULA/STF. (STJ. AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2021667 - RN 2021/0383698-2).

(...)

3. A taxatividade do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS, pacificada pela Segunda Seção ao examinar os EREsp nº 1.886.929/SP, não prejudica o entendimento há muito consolidado nesta Corte de que é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar, por não configurar procedimento, evento ou medicamento diverso daqueles já previstos pela agência.

4. A jurisprudência desta Corte entende abusiva a cláusula contratual ou o ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (AgInt no AgInt no AREsp n. 1.696.364/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, DJe de 31/8/2022).

5. Ante a ausência de impugnação de fundamento autônomo, aplica-se, por analogia, o óbice da Súmula 283 do STF.

6. Agravo interno a que se nega provimento.

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 282/STF. REDUÇÃO DO TEMPO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM REGIME DE HOME CARE CONTRARIANDO INDICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE. BENEFICIÁRIA EM TRATAMENTO DE DOENÇA GRAVE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR COMO ALTERNATIVA À INTERNAÇÃO HOSPITALAR. CONDUTA DA OPERADORA QUE CARACTERIZA NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL CONFIGURADO. (STJ. EREsp nº 2096898 / PE 2023/0332864-7).

(...)

4. É abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar, por não configurar procedimento, evento ou medicamento diverso daqueles já previstos pela agência. Precedentes.

Conclusão: Conforme o entendimento do STJ, é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (*home care*) como alternativa à internação hospitalar. Ademais, a cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde.

Sugestão: Supressão da cláusula contratual.

(08) XIX) Procedimentos, exames, ou tratamento realizados no exterior, ou fora da área de abrangência geográfica e atuação contratada;

(09) XX) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência geográfica e atuação contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciadas a CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e de emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados de acordo com a tabela praticada pela CONTRATADA na forma e termos previstos neste contrato;

Análise: A operadora de plano de saúde tem a obrigação de custear o transporte sempre que, por

indisponibilidade ou inexistência de prestador no município da demanda, pertencente à área geográfica de abrangência do produto, o beneficiário ser obrigado a se deslocar para município não limítrofe para a realização do serviço ou procedimento de saúde contratado.

Informativo nº 765/2023^[7], da Quarta Turma - STJ: Plano de saúde. Indisponibilidade de prestador de serviço credenciado na área de abrangência. Operadora que descumpra o dever de garantir o atendimento no mesmo município, ainda que por prestador não integrante da rede assistencial. Dever de reembolso.

Processo em segredo de justiça, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, por unanimidade, julgado em 7/11/2023, DJe 14/11/2023.

Ressalta-se que a Lei Federal nº 14.454/2022, altera a Lei Federal nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

“Art. 10 (...)

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

(...)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”

Conclusão: A cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde, a exemplo da cobertura do transporte do paciente sempre que, por indisponibilidade ou inexistência de prestador no município da demanda, pertencente à área geográfica do produto, o beneficiário passa a ser obrigado a se deslocar para município não limítrofe para a realização do serviço ou procedimento de saúde contratado.

Sugestão: Alteração das cláusulas contratuais.

(10) XV) Transplantes, exceto os de córneas e rim e os transplantes autólogos, que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;

Análise: O transplante de fígado para o tratamento de pacientes com doença hepática, contemplados com a disponibilização do órgão por meio de fila única do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ter cobertura obrigatória pelos planos de saúde, por meio da Resolução Normativa ANS Nº 546/2022.

Altera a Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória dos procedimentos Terapia medicamentosa injetável ambulatorial (com diretriz de utilização), Transplante hepático (receptor e doador vivo ou doador falecido), Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante hepático, Acompanhamento clínico de transplante hepático no período de internação do receptor e do doador, Citomegalovírus após transplante de rim, medula óssea ou fígado por reação de cadeia de polimerase (pcr) - pesquisa quantitativa e Vírus epstein barr após transplante de rim ou fígado por reação de cadeia de polimerase (pcr) - pesquisa quantitativa e do medicamento antineoplásico oral Regorafenibe para o tratamento de pacientes adultos com câncer colorretal (CCR) metastático; em cumprimento ao disposto nos parágrafos 4º, 6º, 7º, 8º e 10 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

Conclusão: A cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde, no caso de transplantes, a exemplo da Resolução Normativa ANS Nº 546/2022, que estabelece a cobertura obrigatória pelos planos de saúde, do transplante de fígado para tratamento de pacientes com doença hepática.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

(11) XXXI) Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

Análise: Ampliado o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados, com ou sem necessidade de sedação. É o que estabelece a Lei Federal nº 14.737/2023.

Em situações que envolvem sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique um acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento deverá indicar uma pessoa para acompanhá-la. Preferencialmente, essa pessoa deve ser um profissional de saúde do sexo feminino e não haverá custo adicional para a paciente. No entanto, a paciente tem o direito de recusar o acompanhante indicado e solicitar a indicação de outro, sem precisar justificar sua escolha. Essa solicitação deve ser registrada no documento gerado durante o atendimento.

Conclusão: A Lei Federal nº 14.737/2023 deverá ser mencionada na cláusula contratual.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

(12) XXXIII) Resgate e remoção domiciliar;

Análise: A Resolução Normativa da ANS Nº 490/2022, dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

Art. 2º A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde, quando ocorrer:

I - de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV - de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e

V - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

Parágrafo único. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

Conclusão: A cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde, a exemplo da Resolução Normativa da ANS Nº 490/2022.

Sugestão: Supressão da cláusula contratual.

CLÁUSULA X - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

(13) 10.1 - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162 e suas alterações posteriores.

(14) 10.2 - O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do seu ingresso e/ou adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o

disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

Análise: Todas as áreas que lidam com dados pessoais no exercício de suas atividades precisam atentar para o tema da proteção de dados pessoais e conformidade com a LGPD. A área da saúde realiza reiteradamente tratamentos de dados sensíveis, o que traz a necessidade de adequação à LGPD de forma ainda mais determinante.

A ANS determina que, para a contratação de qualquer plano de saúde, o contratante apresente a chamada Declaração Pessoa de Saúde (DPS). Nessa operação, todas as informações constantes na DPS são consideradas dados pessoais, pois dizem respeito a uma pessoa natural, nos termos do artigo 5º, I, da LGPD.

Quando da contratação de planos de saúde, destaca-se a redação do artigo 11, § 5º, LGPD, determinando: "É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde o tratamento de dados de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários.

Conclusão: A Lei Federal nº 13.709/2018 deverá ser mencionada.

Sugestão: Alteração das cláusulas contratuais.

CLÁUSULA 12.2 - DA CO-PARTICIPAÇÃO

(15) 12.2.6 - Haverá cobrança, por evento, definida em percentual em todos os procedimentos e coberturas previstos neste contrato, para as consultas médicas, exames básicos e especiais, em todos os procedimentos da segmentação ambulatorial, serviços de apoio/diagnóstico e terapia, internações hospitalares, bem como todos os procedimentos previstos na cobertura ambulatorial, conforme valores/percentuais previstos na proposta de admissão parte integrante deste contrato.

Análise: A Terceira Turma do STJ compreendeu que é ilegal a cláusula de plano de saúde que prevê a cobrança de coparticipação, em forma de percentual, na hipótese de internação domiciliar (*home care*) substituta da internação hospitalar não relacionada à saúde mental.

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR. COPARTICIPAÇÃO EM PERCENTUAL. IMPOSSIBILIDADE. DANO MORAL. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. CARACTERIZAÇÃO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. JULGAMENTO: CPC/15. (STJ. REsp nº 1947036 / DF 2021/0205167-5)

Conclusão: Conforme entendimento do STJ, é ilegal a cláusula de plano de saúde que prevê a cobrança de coparticipação, em forma de percentual, na hipótese de internação domiciliar (*home care*) substituta da internação hospitalar não relacionada à saúde mental. Ademais, a cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras normas, as legislações vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

CLÁUSULA XIX - DISPOSIÇÕES GERAIS

(16) 19.7 - O CONTRATANTE autoriza a XXX ALFENAS a prestar informações solicitadas pelos

órgãos de regulamentação, normatização e fiscalização da assistência à saúde, inclusive quanto aos procedimentos.

Análise: Todas as áreas que lidam com dados pessoais no exercício de suas atividades precisam atentar para o tema da proteção de dados pessoais e conformidade com a LGPD. A área da saúde realiza reiteradamente tratamentos de dados sensíveis, o que traz a necessidade de adequação à LGPD de forma ainda mais determinante.

A ANS determina que, para a contratação de qualquer plano de saúde, o contratante apresente a chamada Declaração Pessoa de Saúde (DPS). Nessa operação, todas as informações constantes na DPS são consideradas dados pessoais, pois dizem respeito a uma pessoa natural, nos termos do artigo 5º, I, da LGPD.

Quando da contratação de planos de saúde, destaca-se a redação do artigo 11, § 5º, LGPD, determinando que "É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde o tratamento de dados de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários.

Conclusão: A Lei Federal nº 13.709/2018 deverá ser mencionada.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

(17) 19.12 - A responsabilidade da XXX ALFENAS está restrita exclusivamente as coberturas previstas em Lei e aos compromissos explícitos nas diversas cláusulas e condições que regem este Contrato.

Análise: Em julgamento finalizado em julho/2022, a Segunda Seção do STJ entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS, não estando as operadoras de planos de saúde obrigadas a cobrirem tratamentos não previstos na lista. Contudo, o colegiado fixou parâmetros para que, em situações excepcionais, os planos custeiem procedimentos não previstos na lista, a exemplo de terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor.

Por maioria de votos, a seção definiu as seguintes teses:

(...)

4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

Com base nas balizas estabelecidas no julgamento, a Segunda Seção entendeu, no EREsp 1.886.929, que o plano de saúde é obrigado a custear tratamento não contido no rol para um paciente com diagnóstico de esquizofrenia, e, no EREsp 1.889.704, que a operadora deve cobrir tratamento para uma pessoa com transtorno do espectro autista, porque a ANS já reconhecia a terapia ABA como contemplada nas sessões de psicoterapia do rol de saúde suplementar.

Referências: EREsp 1886929/ EREsp 1889704.

Ressalta-se que a Lei Federal nº 14.454/2022, altera a Lei Federal nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

“Art. 10 (...)

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

(...)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”

Conclusão: A cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde, a exemplo das coberturas previstas na Lei Federal nº 9.656/1998, bem como nas normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos Médicos da ANS.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

19.19 - Independente do motivo, a utilização fora da rede credenciada e/ou da área geográfica de abrangência deste contrato, implicará na cobrança do valor integral do procedimento, de acordo com a Tabela de Reembolso e Coparticipação, acrescida de 5% (cinco) por cento, a título de cobertura das despesas administrativas e da Taxa de Intercambio do Sistema Unimed, quando for o caso.

(18) 19.19.1 - A exceção se dará exclusivamente para as situações previstas na RN 259 de 17/06/2011, que versa sobre a Garantia e Prazos de Atendimento.

Análise: A Resolução Normativa ANS Nº 566/2022 dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

Art. 16. Ficam revogados:

I - a Resolução Normativa - nº 259, de 17 de junho de 2011.

Conclusão: A cobertura do plano de saúde deverá considerar, entre outras legislações, as normas vigentes que regulamentam as operadoras de planos de saúde, a exemplo da Resolução Normativa ANS N° 566/2022.

Sugestão: Alteração da cláusula contratual.

Ante o exposto, sugere-se ao consulente a seguinte medida administrativa:

- Por meio do Processo Administrativo, é recomendável a proposta de TAC, principalmente, em relação às cláusulas passíveis de alterações, a fim de sanar os vícios nas cláusulas contratuais acima demonstradas, em relação a contratos já firmados.

Após discussão do presente parecer na 1ª Reunião de 2024 das Coordenarias Regionais de Defesa do Consumidor do Procon-MG com a Coordenação do Procon-MG, o mesmo foi aprovado, conforme Ata (Processo SEI - ainda em elaboração), com algumas alterações já contempladas no texto acima.

Belo Horizonte, 27 de maio de 2024.

Fernando Lucas de Almeida Pereira.
Assessor Jurídico

Aline de Melo Queiroz
Assessora Jurídica

Regina Sturm Vilela
Assessora Jurídica

Ricardo Augusto Amorim César
Assessor Jurídico

Belo Horizonte, 27 de maio de 2024.
De acordo com o Parecer, após Revisão.

Christiane Pedersoli
Coordenadora.

[1] GRINOVER, Ada Pellegrini et al. Código brasileiro de defesa do consumidor. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense, out.1997. p. 400.

[2] O número do processo não foi divulgado em razão de segredo judicial.

[3] <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/11052022-Plano-deve-manter-cobertura-de-recem-nascido-internado-apos-30-dias--mesmo-sem-vinculo-contratual-direto.aspx>

[4] [https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?](https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EREsp%201886929)

aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EREsp%201886929

[5] [https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?](https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EREsp%201889704)

aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EREsp%201889704

[6] O número deste processo não é divulgado em razão de segredo judicial.

[7] <https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisar&livre=ans&operad>



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO LUCAS DE ALMEIDA PEREIRA, ASSESSOR DE PROMOTOR DE JUSTICA**, em 27/05/2024, às 11:47, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **CHRISTIANE VIEIRA SOARES PEDERSOLI, COORDENADOR II**, em 27/05/2024, às 13:05, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **REGINA STURM VILELA, FG-2**, em 27/05/2024, às 13:21, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://www.mpmg.mp.br/sei/processos/verifica>, informando o código verificador **6963692** e o código CRC **C602B03A**.