

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR:**  
UM ESTUDO DE CASO

## **CONSELHO EDITORIAL SELO ÀGORA21**

PRESIDÊNCIA Felipe Dutra Asensi  
Marcio Caldas de Oliveira

CONSELHEIROS Adriano Rosa (USU, Rio de Janeiro)  
Alfredo Freitas (AMBRA, Estados Unidos)  
André Guasti (TJES, Vitória)  
Arthur Bezerra Junior (UNINOVE, São Paulo)  
Bruno Zanotti (PCES, Vitória)  
Camila Jacobs (AMBRA, Estados Unidos)  
Camilo Zufelato (USP, São Paulo)  
Carolina Cyrillo (UFRJ, Rio de Janeiro)  
Claudia Pereira (UEA, Manaus)  
Claudia Nunes (UVA, Rio de Janeiro)  
Daniel Giotti de Paula (Intejur, Juiz de Fora)  
Eduardo Val (UFF, Niterói)  
Fernanda Fernandes (PCRJ, Rio de Janeiro)  
Gláucia Ribeiro (UEA, Manaus)  
Jeverson Quinteiro (TJMT, Cuiabá)  
José Maria Gomes (UERJ, Rio de Janeiro)  
Luiz Alberto Pereira Filho (FBT-INEJE, Porto Alegre)  
Paula Arevalo Mutiz (FULL, Colômbia)  
Paulo Ferreira da Cunha (UP, Portugal)  
Pedro Ivo de Sousa (UFES, Vitória)  
Raúl Gustavo Ferreyra (UBA, Argentina)  
Ramiro Santanna (DPDFT, Brasília)  
Raphael Carvalho de Vasconcelos (UERJ, Rio de Janeiro)  
Rogério Borba (UCAM, Rio de Janeiro)  
Santiago Polop (UNRC, Argentina)  
Siddharta Legale (UFRJ, Rio de Janeiro)  
Tatyane Oliveira (UFPB, João Pessoa)  
Tereza Cristina Pinto (CGE, Manaus)  
Thiago Pereira (UCP, Petrópolis)  
Vanessa Velasco Brito Reis (PGM, Petrópolis)  
Vania Marinho (UEA, Manaus)  
Victor Bartres (Guatemala)  
Yolanda Tito Puca (UNMSM, Peru)

**REVISADO PELA COORDENAÇÃO DO SELO ÀGORA21**

RAFAEL PACHECO LANES RIBEIRO

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR:**  
UM ESTUDO DE CASO



**GRUPO MULTIFOCO**

Rio de Janeiro, 2019

**Copyright © 2019 Rafael Pacheco Lanes Ribeiro.**

DIREÇÃO EDITORIAL Felipe Dutra Asensi e Marcio Caldas de Oliveira

EDIÇÃO E PREPARAÇÃO Felipe Dutra Asensi

REVISÃO Fernanda Gomes da Silva

PROJETO GRÁFICO E CAPA Paula Guimarães

IMPRESSÃO E ACABAMENTO Gráfica Multifoco

DIREITOS RESERVADOS A

## **GRUPO MULTIFOCO**

Av. Mem de Sá, 126 – Centro

20230-152 / Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 2222-3034

contato@editoramultifoco.com.br

www.editoramultifoco.com.br

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

Nenhuma parte deste livro pode ser utilizada ou reproduzida sob quaisquer meios existentes sem autorização por escrito dos editores e autores.

**R484j Ribeiro, Rafael Pacheco Lanes.**

Judicialização da saúde suplementar: um estudo de caso/ Rafael Pacheco Lanes Ribeiro. – Rio de Janeiro : Ágora21, 2019.

186 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-8273-840-5

1. Direito - Saúde 2. Judicialização da saúde 3. Saúde Suplementar. I. Título

CDD: 342.04

*Dedico este livro à minha mãe, professora  
universitária, doutora em Saúde Pública,  
de quem sigo os passos;  
ao meu pai, pelo exemplo de dedicação e força  
e à minha esposa, por sempre me apoiar e  
aconselhar quando preciso.  
Amo vocês!*



## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por me darem a oportunidade de estudar, enriquecer e aperfeiçoar meus conhecimentos.

Meu eterno agradecimento à minha esposa que, mesmo nos momentos mais tensos e difíceis, sempre se fez presente para me orientar e acalmar. Ao Nestor pelo amor incondicional e alegria em todos os momentos.

Ao meu orientador de Mestrado, Felipe Dutra Asensi, pelos conselhos e orientações valorosos, sem os quais o presente estudo não se concretizaria.

Ao meu coorientador do Mestrado, Aluísio Gomes da Silva Junior, por aceitar galgar esta caminhada, compartilhando seus conhecimentos e valores para o desenrolar preciso e fiel deste estudo.

À Universidade Católica de Petrópolis por possibilitar o desenvolvimento deste livro, por meio do fornecimento de uma estrutura de qualidade, bem como, de um quadro docente invejável.

Agradeço também à UNIVIÇOSA, faculdade onde exerço minhas atividades de professor e que financiou parcialmente esta conquista.

A todos, meu muito obrigado!



Não pretendemos que as coisas mudem se sempre fazemos o mesmo. A crise é a melhor benção que pode ocorrer com as pessoas e países, porque a crise traz progressos. A criatividade nasce da angústia, como o dia nasce da noite escura. É na crise que nascem as invenções e as grandes estratégias. Quem supera a crise supera a si mesmo sem ficar superado. Quem atribui a ela seus fracassos e suas penúrias viola seu próprio talento e respeita mais os problemas do que as soluções. A verdadeira crise é a crise da incompetência. O inconveniente das pessoas e dos países é a esperança de encontrar as saídas em soluções fáceis. Sem crise, não há desafios. Sem desafios, a vida é uma rotina, uma lenta agonia. Sem crise, não há mérito. É nela que se aflora o melhor de cada um. Falar de crise é promovê-la, e calar-se sobre ela é exaltar o conformismo. Em vez disso, trabalhemos duro. Acabemos de uma vez com a única crise ameaçadora, que é a tragédia de não lutar para superá-la.

*Albert Einstein*

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....14

INTRODUÇÃO.....17

### **CAPÍTULO 1 • HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO EM MATÉRIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....23**

- 1.1 SAÚDE SUPLEMENTAR: Lei 9.656 de 03 de junho de 1998.....30
- 1.2 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....34
- 1.3 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA: recomendações sobre a saúde suplementar.....45
- 1.3.1 RECOMENDAÇÃO 36 DE 12 DE JULHO DE 2011 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA.....49

### **CAPÍTULO 2 • METODOLOGIA .....53**

- 2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO .....53
- 2.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA .....54

### **CAPÍTULO 3 • RESULTADOS E DISCUSSÕES.....61**

- 3.1 IDENTIFICAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS ACÓRDÃOS .....61
- 3.2 PERÍODO DE JULGAMENTO EM 2ª INSTÂNCIA.....62
- 3.3 TITULARIDADES DAS AÇÕES: individuais ou coletivas.....64
- 3.4 FORMAS E PERÍODO DA CONTRATAÇÃO DO PLANO.....65
- 3.5 POSIÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE (OPS) EM PRIMEIRA E SEGUNDA INSTÂNCIA .....68

3.6	POSIÇÃO DA OPS E RESULTADO DO JULGAMENTO EM PRIMEIRA E SEGUNDA INSTÂNCIA.....	72
3.7	CORRELAÇÕES ENTRE A NEGATIVA PRATICADA PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE E A DEMANDA JUDICIALIZADA.....	78
3.8	RECURSOS INTERPOSTOS EM SEGUNDA INSTÂNCIA E RESULTADOS ALCANÇADOS.....	85
3.9	RESULTADOS DOS RECURSOS DA OPS E LEGISLAÇÃO APLICADA QUANDO DO JULGAMENTO.....	92
3.9.1	LEGISLAÇÕES APLICADAS NAS DECISÕES EM SEGUNDA INSTÂNCIA: Operadora de Plano de Saúde.....	93
3.9.2	RECURSOS DA OPS IMPROCEDENTES E LEGISLAÇÕES APLICADAS.....	96
3.9.3	RECURSOS DA OPERADORA PROCEDENTES E PARCIALMENTE PROCEDENTES E A LEGISLAÇÃO APLICADA.....	100
3.9.4	PRINCIPAL ARGUMENTO UTILIZADO PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE EM SEUS RECURSOS.....	103
3.10	RESULTADOS E LEGISLAÇÃO APLICADA AOS RECURSOS DO USUÁRIO.....	108
3.10.1	RECURSOS DO USUÁRIO IMPROCEDENTES E LEGISLAÇÕES APLICADAS.....	109
3.10.2	RECURSOS DO USUÁRIO PROCEDENTES E PARCIALMENTE PROCEDENTES E A LEGISLAÇÃO APLICADA.....	111
3.11	RECURSOS DA OPERADORA VERSUS RECURSOS DO USUÁRIO.....	115
3.12	FUNDAMENTOS DA DECISÃO DE MÉRITO DO TRIBUNAL.....	118
3.13	ACÓRDÃOS PAUTADOS NA JURISPRUDÊNCIA DO TJMG, SUPERIOR.....	119
3.14	ACÓRDÃOS FUNDAMENTADOS NA RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA.....	121
3.15	SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	125

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142
APÊNDICE A • QUESTIONÁRIO UTILIZADO.....	153
APÊNDICE B • IDENTIFICAÇÃO DOS ACÓRDÃOS ANALISADOS, ORGANIZADOS CRONOLOGICAMENTE POR DATA DE JULGAMENTO.....	163
ANEXO I • RECOMENDAÇÃO 36 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA.....	181
ANEXO II • PORTARIA CONJUNTA Nº 643/PR/2017 TJMG....	184



## LISTA DE ABREVIATURAS

AGRAVO EM RESP. Agravo em Recurso Especial

AGRAVO EM REXT. Agravo em Recurso Extraordinário

AMB Associação Médica Brasileira

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CC Código Civil de 2002

CDC Código de Defesa do Consumidor

CF/88 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

CFM Conselho Federal de Medicina

CID Classificação Internacional de Doenças

CNJ Conselho Nacional de Justiça

CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CPC Código de Processo Civil

CRM Conselho Regional de Medicina

IBGE Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia

MP Ministério Público

NAT-Jus Núcleos de Apoio Técnico dos Tribunais de Justiça

NATS Núcleo de Avaliações de Tecnologias em Saúde

NIP Notificação de Investigação Prévia

NT Nota Técnica

OMS Organização Mundial da Saúde

ONG Organização Não Governamental

OPS Operadora de Plano de Saúde

PROCON Programa Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor

PTC Parecer Técnico-científico

RN Resolução Normativa

STF Superior Tribunal Federal

STJ Superior Tribunal de Justiça

SUS Sistema Único de Saúde

TISS Troca de Informações em Saúde Suplementar

TJMG Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

TJSP Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

UNIMED Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico



## INTRODUÇÃO

O direito à saúde é garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 a todos os cidadãos, mediante a elaboração de políticas sociais e econômicas por parte do Estado. Sendo assim, a constituição traz em seu bojo que a saúde é um dever do Estado e um direito social fundamental a todos os cidadãos brasileiros, estrangeiros e naturalizados ou não, residentes no país.

Além do sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), a CF/88 prevê, em seu artigo 199, a possibilidade de participação da iniciativa privada, também conhecida como Saúde Suplementar, na assistência à saúde como complementação ao sistema público. A iniciativa privada na saúde é caracterizada por sua natureza mercantil, sendo firmada por meio de contratos entre as operadoras de planos de saúde (OPS) e os usuários, o que confere à demanda um caráter seletivo, com clientela restrita. Por ser a saúde de relevância pública, o setor de saúde suplementar está submetido à regulamentação, fiscalização e ao controle do Estado.

As principais formas de comercialização de serviços privados de assistência médica no Brasil são: medicina de grupo,

cooperativas médicas e odontológicas, planos próprios das empresas ou autogestão e seguro-saúde.

O papel e a atuação do setor privado precisam ser melhor entendidos, bem como, a relação deles com as políticas públicas de saúde, já que a sua regulação pelo poder público permite a criação da expectativa de que todo serviço prestado pelo setor privado seja integral, universal e equânime, assim como, teoricamente, ocorre no Sistema Único de Saúde.

Por meio da edição da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, também conhecida como Lei dos Planos de Saúde (LPS), e sua entrada em vigor em janeiro de 1999, inicia-se a regulamentação dos planos de saúde e, com isso, o número de demandas judiciais entre usuários e operadoras de plano privados de assistência à saúde aumentou significativamente. Essa lei faz alusão ao Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 35, sendo que sua aplicação é supletiva, de forma a preencher as lacunas deixadas pela Lei Maior.

Antes da regulamentação advinda da referida LPS, as operadoras atuavam livremente no mercado através de contratos denominados “não regulamentados” ou “antigos”, os quais não podem mais ser comercializados e para os quais não se aplicam as novas regras. Após a entrada em vigor dessa lei, os contratados, chamados “regulamentados” ou “planos novos”, passam a ser regidos pelo novo certame, que proporciona regulamentações mínimas quanto ao fornecimento de serviços, carências, procedimentos, reajustes e outras medidas.

As mensalidades dos planos novos são estabelecidas de acordo com a abrangência territorial, sendo regional ou nacional, e com o tipo de cobertura, que pode variar do mais simples, plano base ou ambulatorial, ao mais completo, plano referência. O valor pago mensalmente pelo usuário é reajustado ou determinado periodicamente pelas

agências reguladoras, e/ou decorrente da análise de risco, realizada por meio de cálculo atuarial pelo setor próprio das operadoras.

As OPS oferecem diferentes tipos de planos de acordo com a possibilidade/necessidade do usuário. Os usuários que não contrataram a cobertura de determinados serviços e que desejam obtê-la, no momento em que esta lhe é negada pela operadora, buscam saídas mediante queixas e processos administrativos. Por vezes, fazem denúncias ao PROCON (Programa Estadual de Defesa ao Consumidor) ou à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e, se esses órgãos não resolvem a situação, recorrem ao judiciário para exigir os supostos direitos desrespeitados. Essa prática será objeto de estudo no presente livro.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei 9.961 em 28 de janeiro de 2000, juntamente com a da LPS, trouxe grandes benefícios ao setor da saúde suplementar, pois instituiu as diretrizes de exploração dos serviços de saúde pela iniciativa privada.

Dentre outras atribuições da ANS referidas na Lei 9.961/2000, destaca-se a de revisar periodicamente o rol de procedimentos e eventos em saúde, não restando estanque a referida listagem. Nesse sentido, pode-se aduzir que o rol serve também como balizador dos valores a serem cobrados dos usuários, para o equilíbrio entre a cobertura e a prestação dos serviços.

Entretanto, mesmo com o respaldo e os limites impostos pelo rol de procedimentos da ANS e pela LPS, estes não se mostram suficientes para estancar a judicialização, que visa, principalmente, à liberação de tratamentos e procedimentos cirúrgicos e, também, à discussão quanto ao reajuste praticado nas mensalidades, entre outras questões.

O aumento da demanda judicial na área da saúde é denominado de judicialização da saúde suplementar, pois se refere à busca por acesso a procedimentos, tratamentos, materiais, insumos e serviços de saúde por meio da justiça, em face de uma operadora que comercializa planos de saúde (NOBRE, 2011).

Destarte, diante do crescente aumento das ações envolvendo planos de saúde, o Conselho Nacional de Justiça publicou a Recomendação nº 36, em 12 de julho de 2011, que sugere aos tribunais a adoção de medidas que possam auxiliar os magistrados no julgamento de questões que envolvem operadoras de saúde, como forma de aliar conhecimentos médicos aos atos judiciais, tornando os julgamentos dessas questões específicos para cada caso que envolve saúde.

Com o aumento da judicialização da saúde suplementar, surgem cada vez mais decisões que impõem às OPS obrigações não estabelecidas nos contratos e/ou nas leis. Os serviços extracontratuais não previstos na atuária levam os planos de saúde a remanejar e reajustar suas receitas e despesas. Estas últimas são repassadas aos usuários que, por sua vez, tornam-se alvos de novas ações judiciais.

Por vezes, os julgamentos são fundamentados em argumentos vagos e subjetivos ou baseados em julgados antigos, sem a observância das leis, resoluções e/ou marcos regulatórios específicos para o tema da área da saúde. Não raro, ocorrem, ainda, divergências entre o Estado Regulador (ANS) e o Estado-Juiz, a exemplo de decisões a favor do usuário exaradas pelo poder Judiciário em detrimento do que determina a agência reguladora. Tais decisões podem acarretar prejuízos no desenvolvimento das atividades das operadoras de planos de saúde.

Por outro lado, a Operadora de Plano de Saúde, apesar de tentar seguir um contrato pré-estabelecido entre as partes, não

tem seguido o rol de procedimentos da ANS ou não atualiza o seu contrato periodicamente como determina a LPS.

As questões que se colocam e que se pretendem demonstrar a partir da análise dos dados do presente estudo são:

1<sup>a</sup> – Levando-se em consideração o aumento crescente da judicialização da saúde suplementar, quais as motivações que os usuários do plano de saúde tiveram para recorrer ao judiciário e quais os instrumentos utilizados para as ações e seus desfechos?

2<sup>a</sup> – Quais práticas operacionais e/ou estratégias jurídicas foram utilizadas pela operadora de plano de saúde para fundamentar os recursos? Quais os instrumentos legais utilizados para fundamentá-los e quais foram os desfechos?

3<sup>a</sup> – Quais tipos de decisões foram proferidos pelos julgadores e em que leis foram pautados?

Dessa forma, para responder a essas e outras questões, será apresentada uma análise dos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) em relação aos casos envolvendo a judicialização da saúde em face de uma operadora de planos de saúde na cidade de Juiz de Fora, no período de 2012 a 2017.

Para o embasamento das análises dos dados, no capítulo 1, será abordado o histórico da regulamentação em matéria de saúde suplementar no Brasil, tendo como subitem a saúde suplementar no Brasil a partir da promulgação da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998. Também se analisa a Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ato contínuo, descreve-se o papel do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e suas recomendações, com destaque à Recomendação 36 de 12 de julho de 2011.

No capítulo 2, descreve-se a metodologia de pesquisa utilizada para o levantamento e a análise dos dados, apresentando

todos os seus padrões para que, assim, futuras pesquisas e estudos possam ser realizados, utilizando-se dos mesmos métodos e ferramentas aplicados ao presente. Por derradeiro, no capítulo 3, são demonstrados os resultados e discussão, bem como, apresentado uma síntese dos dados obtidos.

## CAPÍTULO 1

### HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO EM MATÉRIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A Carta Magna de 1988 definiu, em alguns de seus artigos, a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão, seja ele brasileiro nato, naturalizado ou estrangeiro residente no Brasil, estabelecendo princípios para a prestação da saúde por parte do Estado ao cidadão, bem como, reconhecendo a possibilidade de atuação da iniciativa privada, na seara da saúde.

De acordo com o art. 196 da Constituição Federal,

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Portanto, a Constituição reza que não se pode fazer qualquer distinção no que tange ao direito à saúde em seu acesso universal, às ações de promoção à saúde, à sua proteção e

mesmo quanto à sua recuperação, seja individual ou coletiva. Nesse sentido, apenas segue a linha da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual “saúde se caracteriza como o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo e não apenas como ausência de doenças” (OMS, 1946).

Complementando os dizeres constitucionais, Henrique Hoffmann Monteiro Castro (2011) afirma que saúde:

corresponde a um conjunto de preceitos higiênicos referentes aos cuidados em relação às funções orgânicas e à prevenção das doenças. “Em outras palavras, saúde significa estado normal e funcionamento correto de todos os órgãos do corpo humano” (SOARES, 1993), sendo os medicamentos os responsáveis pelo restabelecimento das funções de um organismo eventualmente debilitado (CASTRO, 2011).

Para Pérola Braga (2001), o direito à saúde é entendido como o acesso universal e igual à proteção e recuperação da saúde, independentemente da realidade e necessidade da população e/ou dos indivíduos.

A Constituição de 1988, em seu artigo 197, leciona sobre a relevância das ações e dos serviços de saúde, determinando que cabe ao poder público a sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei e reconhecendo, ainda, que a execução dessas ações e serviços deve ser realizada diretamente pelo Estado ou por terceiros, o que, de fato, demonstra a preocupação do legislador para com o direito à saúde:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Visando fornecer uma estrutura básica de atendimento à saúde, o constituinte, no artigo 198 da Carta Magna de 1988, formula a estrutura geral do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando-o como uma rede hierarquizada, dividida em regiões descentralizadas, com atendimento integral, prioritário para as atividades preventivas e com a participação da comunidade:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

*Parágrafo único.* O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).

O texto constitucional confere, em matéria de saúde, prioridade de ação ao Poder Público, garantindo um atendimento integral à população, de forma sistematizada e integrada, a todas as unidades federativas.

O artigo 199 da Constituição Federal de 1988 afirma que:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 1988).

Mediante essa previsão constitucional, foi facultada à iniciativa privada a prestação de serviços na área da saúde, participando de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, por meio de contratos ou convênios, com preferência para entidades filantrópicas. Também foi proibida a utilização e destinação de recursos públicos para instituições privadas, vedando a participação de empresas ou capitais estrangeiros.

E, no artigo 199 da CF/88, descreve-se que as operadoras de planos de assistência à saúde podem realizar suas atividades, sendo que estas deverão ser submetidas ao controle estatal, por meio de seu agente regulador, como devidamente previsto no artigo 174, também da Constituição da República Federativa do Brasil.

A Saúde Suplementar é a atividade que envolve a operação de planos ou seguros de saúde, tendo surgido na década de 1960, influenciada pelo crescimento econômico e pelo avanço do trabalho formal, momento em que as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores.

Segundo Danielle Conte Alves *et al.* (2009):

As reclamações dos consumidores devido às exclusões de coberturas, aumentos abusivos, longos períodos de carência, rescisões unilaterais de contrato e limitações de internações tornaram-se frequentes no setor suplementar, com reflexos sobre o Poder Judiciário. Antes de 1998, na ausência de legislação específica, a norma mais frequentemente utilizada para tentar dirimir os conflitos nas relações entre

usuários e operadoras era o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Com isso, ocorreu um aumento da pressão exercida sobre o Estado por parte dos usuários dos planos de saúde e das associações de defesa dos consumidores, para que fosse exercida uma efetiva fiscalização sobre esse mercado. (ALVES, 2009).

O primeiro instrumento legal sobre a comercialização de planos e seguros de saúde foi o Decreto-Lei nº 73/66, referente à conformação do Sistema Nacional de Seguros. Esse decreto foi editado em função de divergências entre entidades representantes dos médicos e empresas de medicina de grupo que necessitavam de proteção para se desenvolver, entretanto, essa legislação não abrangeu as operadoras sem fins lucrativos. Desde então, empresas de medicina de grupo sem fins lucrativos e cooperativas médicas operaram no mercado sem qualquer regulamentação específica (BAHIA, 2001).

Na década de 1980, houve grande expansão do setor supletivo ou suplementar que foi acompanhada pelo crescimento no número de queixas de interrupção de atendimento, aumento de preços e negativas de cobertura para determinados procedimentos. O Código de Defesa do Consumidor (CDC) permitiu a ação da Justiça no sentido da concessão de liminares favoráveis ao atendimento de usuários do setor supletivo.

A primeira proposição para a regulação do tema veio da Câmara dos Deputados em 1991, com o Projeto de Lei nº 513, o qual “regula a prestação de assistência hospitalar em

contratos relativos a planos de saúde”, proposto pela Deputada Irma Passoni, do Partido dos Trabalhadores de São Paulo.

Em 1993, o Senado Federal e a Câmara dos Deputados começaram a discutir o tema da regulamentação da saúde suplementar com o objetivo de promover a ampliação dos procedimentos e das faixas etárias atendidas pelos planos, bem como, a devolução de valores gastos pelos clientes dos planos quando da utilização e atendimento em instituições públicas. Dessas discussões, surgiu o projeto de Lei 93 de 1993 do Senado Federal que dispunha sobre os planos e seguros de saúde privados, de autoria do Senador Iran Saraiva (ROMERO, 2010).

Entre os anos de 1993 e 1997, mais de vinte projetos de leis foram propostos entre o Senado e a Câmara Federal, obrigando a Câmara dos Deputados a criar uma comissão especial para sua análise (ROMERO, 2010).

Contudo, por uma década, a atuação privada sobre a saúde permaneceu desguarnecida de um marco regulatório específico, vindo este a ser criado no ano de 1998 por meio da Lei 9.656, promulgada em 03 de julho. Deste momento em diante, a atuação na saúde pelas empresas privadas estaria regulamentada pela, hoje conhecida, Lei dos Planos de Saúde. É importante ressaltar, no entanto, que não apenas a LPS regulamentou e trouxe maior segurança ao setor da saúde suplementar no Brasil, mas outras leis e recomendações de instituições e agências atuaram nesse sentido, permitindo maior confiabilidade na relação entre OPS e usuário.

## **1.1 SAÚDE SUPLEMENTAR: Lei 9.656 de 03 de junho de 1998**

Entre 1991 e 1998, tramitaram 28 proposições legislativas nas duas casas da Câmara Federal, visando à regulamentação e definição de limites para as relações que envolvem planos de saúde e usuários. Porém, apenas uma proposição partiu do Poder Executivo, mostrando que a Câmara dos Deputados tratava o tema como de alta relevância social e possuía um trabalho intenso no intuito de regulamentar tal interação social (ROMERO, 2010).

No ano de 1997, foi constituída uma comissão especial para tratar da regulamentação e, em 1998, a Câmara aprovou a Lei nº 9.656 que, para Fábio Ricardo Loureiro Sato,

O arcabouço legal previsto pela Lei no 9.656/98, alicerçado na ampliação e padronização das coberturas, estimula mudanças nas relações entre provedores de serviços e operadoras de planos de saúde, na medida da intensificação da indiferenciação de produtos prevista pela lei. A legislação supõe que a competição entre as operadoras será baseada apenas nos preços e nos modelos de regulação do acesso de clientes e médicos à utilização de procedimento e não em padrões diferenciados de cobertura. A referida lei (com suas alterações) veio disciplinar diversos aspectos da saúde suplementar, dos quais podemos destacar: a) exigência de autorização de funcionamento e de encerramento das

atividades a ser obtida pela operadora junto à Agência Reguladora; b) uniformização dos tipos de planos e características dos produtos a serem disponibilizados aos consumidores, que também ficam sujeitos à autorização prévia da Agência para comercialização, suspensão e cancelamento; c) exigibilidade de garantias da manutenção da estabilidade administrativa e financeira da operadora, de modo a não prejudicar a continuidade do atendimento assistencial aos consumidores contratantes; d) normatização da amplitude das coberturas mínimas a serem observadas pelas operadoras; e) controle de preços e reajustes; f) definição dos prazos de carência e de cobertura parcial temporária nos casos de doenças e lesões preexistentes. (SATO, 2010).

Após a edição da Lei 9.656/98, o Ministério da Saúde já propunha mudanças na medida provisória e, apenas dois dias após a sua primeira edição, o Poder Executivo, que desde o início da década de 1990 havia promovido uma única proposta legislativa, encaminhou ao Congresso Nacional uma medida provisória alterando 26 dispositivos de seu texto originário. No total, de acordo com Romero (2010), foram promovidas mais de 1.500 disposições diferentes na Lei 9.656/98, tornando-a uma verdadeira colcha de retalhos, transformando a lei originária em uma nova lei. Todas as alterações foram promovidas pela Medida Provisória nº: 2.177-44 de 24 de agosto de 2001.

Com isso, houve uma nítida inversão das iniciativas na esfera da saúde suplementar, passando o Executivo a uma posição mais atuante do que o Legislativo, ao contrário do que ocorria no início da década de 1990. A partir disso, somente algumas propostas parlamentares prosperaram, dentre as quais se destacam a Lei 10.223, de 15 de maio de 2001, que inclui a cobertura obrigatória de cirurgia plástica de mama em casos de câncer e a Lei 11.935/2009, que tornou obrigatório o atendimento em casos de urgência e emergência.

Conforme Romero (2010), ao se comparar a atuação executiva sobre o assunto com a legislativa, percebe-se que a última tornou-se mínima. O Executivo, por meio da MP 2.117/2001, alterou o texto da Lei 9.656/1998, principalmente na sua 43ª edição, introduzindo novos conceitos como o de categoria do plano, em que os planos passam a ser classificados como: reembolso, que designa o antigo seguro saúde; rede, em que o usuário tem acesso à prestação de serviços por meio de uma rede de prestadores; acesso, assistência pela garantia de acesso a uma rede de serviços com mecanismos de regulação, vedado o reembolso, salvo para casos de urgência e emergência.

Assim, o poder legislativo da época voltou a se movimentar em direção à formação da comissão mista que visava analisar a MP 2.117/2001. Tal comissão, em conjunto com o Conselho Nacional de Justiça, Comissão de Seguridade Social e Família, promoveu, em 2001, o Simpósio sobre Regulamentação dos Planos de Saúde realizado no Senado Federal, em Brasília. Segundo Romero (2010):

[...] participaram mais de quinhentas pessoas, entre representantes de usuários, operadoras, prestadores de

serviços, gestores do SUS e parlamentares. O Simpósio promoveu um balanço dos três anos da regulamentação e discussões sobre coberturas e modelos assistenciais, fiscalização, defesa do consumidor, regulação de preços e, principalmente, direito à saúde, e concluiu pela necessidade de aprimoramento da legislação. Esse evento foi um marco importante na regulamentação dos planos de saúde ao promover ampla participação dos setores interessados e o debate público sobre as mudanças na regulamentação – que vinham sendo feitas unilateralmente pelo governo – e aportar contribuições. Em decorrência, levou o governo federal a recuar na regulamentação de pontos polêmicos da Medida Provisória 2.177-43 (subsegmentação, plano de acesso e adaptação de contratos, entre outros). O movimento, no entanto, logo voltou a arrefecer e a regulamentação dos planos de saúde saiu definitivamente da pauta do Congresso Nacional. (ROMERO, 2010).

Salienta-se que as modificações na Lei 9.656 de 1998 não cessaram desde então. Até a presente data ela sofre alterações promovidas pelo Legislativo – Câmara e Senado –, bem como pelo Executivo e, até mesmo, pelo Judiciário, estando sujeita, ainda, às instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e às recomendações feitas

pelo Conselho Nacional de Justiça. Como se verifica, há um multifacetado e complexo arcabouço normativo, que visa à promoção do direito à saúde.

## 1.2 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) surgiu com o advento da Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000, vinculada a um setor específico do Ministério da Saúde, e seu surgimento se deu pela necessidade de cumprimento da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998.

A Agência foi criada como instância reguladora de um setor da economia ainda não regulamentado, o setor da saúde suplementar. A Superintendência de Seguros Privados (SUSEPE) ficou a cargo de promover um controle financeiro-econômico sobre os seguros de assistência à saúde e das seguradoras.

Como informado pela própria ANS em seu portal virtual:

A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo *status* de bem público. O ano de 1923 é tido como o marco do início da Previdência Social no Brasil. A Lei Eloy Chaves, promulgada naquele ano, criava:

“(...) em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados.”

Estas caixas funcionavam como fundos geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões – como destacado em suas denominações – também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes.

Embora este marco histórico não seja comumente apontado como a origem dos planos de saúde no Brasil, é difícil não notar a similaridade das antigas caixas com as atuais operadoras da modalidade autogestão. De fato, em 1944, o Banco do Brasil constituiu sua caixa de aposentadoria e pensão – Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação.

O sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo-se a partir da previdência social.

Planos de saúde comerciais, com clientela abertas, também surgem como planos coletivos empresariais através da modalidade medicina de grupo no ABC paulista nos anos 1950.

Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo.<sup>1</sup>

E, conforme observado por Alves *et al.* (2015):

A ANS foi criada como autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional. O fato de ser autarquia sob regime especial lhe confere uma série de prerrogativas, disposta em lei, que a torna mais independente, especialmente nos seguintes pontos: (i) estabilidade dos dirigentes; (ii) maior discricionariedade na sua atuação; (iii) independência financeira e (iv) autonomia decisória. (ALVES, 2015).

Desde então, a ANS vem atuando ativamente para o melhoramento e desenvolvimento do setor da saúde suplementar no Brasil, promovendo de maneira incessante ações com o intuito de proteger e regulamentar o setor.

A ANS iniciou suas atividades em 2000 com sede na cidade do Rio de Janeiro e, em 2001, inaugurou o Disque ANS, canal pelo qual os usuários de planos de saúde podem tirar dúvidas, fazer denúncias e obter informações sobre direitos e deveres dos planos de saúde.

---

1. Portal da ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

Ainda no ano 2001, foi promulgada a Lei 10.185 de 12 de fevereiro, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos de saúde privados, caracterizando, com isso, as operadoras de saúde como seguro saúde de assistência privada e estabelecendo as primeiras regras regulatórias financeiras que as operadoras devem observar, bem como, as sobre a transferência do controle sanitário, normas para alienação compulsória de carteiras, entre outros pontos relevantes, no intuito de garantir aos usuários a máxima transparência.

Em 2002, foram criadas as regras para autodeclaração de saúde, mediante a qual o usuário informa doenças ou lesões que já possui ou saiba ser portador no momento da contratação do plano, fato este, que possibilita a dilação da carência a que o usuário está submetido para a realização de certos procedimentos, tratamentos e/ou serviços.

Em 1º de outubro de 2003, foi publicada a Lei 10.741, também conhecida por Estatuto do Idoso, o que provocou profundas mudanças no mercado dos planos de saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito ao reajuste de mensalidades por mudança de faixas etárias.

Também no ano de 2003, a ANS inova, lançando o Índice de Reclamações em seu portal na internet, tendo por objetivo a prestação de informações aos usuários e à sociedade sobre as operadoras que tiveram o maior índice de reclamações, via Disque Reclamações, a cada mês. Sem dúvida, uma ferramenta que contribui muito para com a fiscalização e adequação dos planos de saúde que prestam serviços à sociedade.

Ainda em 2003, foi publicada a Resolução 24 que previa a aplicação de penalidades pecuniárias para os casos de infrações que produzissem efeitos coletivos. Para determinadas

infrações, a multa aplicada poderia atingir 20 vezes o valor da multa originária.

Tal Resolução foi revogada mais tarde pela Resolução 124, publicada em 30 de março de 2006, que aprimorou e detalhou de maneira mais elaborada e específica a aplicação de multas aos planos de saúde, bem como, trouxe a previsão de outras penalidades, como cancelamento da autorização de funcionamento, alienação da carteira da operadora e, ainda, suspensão de exercício de cargos. Esta última aplicada aos administradores e membros do conselho deliberativo e consultivo das operadoras penalizadas.

No ano de 2004, houve a publicação da Lei 10.850 que atribuiu competência à ANS de fixar diretrizes e normas para que os planos de saúde, agora regidos pela Lei 9.656/98, promovessem a adaptação dos contratos anteriores à publicação da lei que regulamentou os planos de saúde no Brasil. Ainda em 2004, foi publicada a RN 82 da ANS, por meio da qual, pela primeira vez desde a criação da Agência e da Lei dos Planos de Saúde, foi estabelecido o rol de procedimentos mínimos cujo fornecimento é obrigatório pelas operadoras, sendo que a RN 82 foi revogada posteriormente pela RN 167 de 9 de janeiro de 2008 e, assim o é, desde então, estando atualmente em vigor a RN 428 de 7 de novembro de 2017.

A Resolução Normativa 94 publicada em 23 de março de 2005 iniciou o processo de implantação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, estimulando as operadoras do setor da saúde suplementar a pensarem em uma nova forma de gestão com foco, principalmente, na prevenção da saúde do consumidor. Nesse mesmo ano, a ANS cria também a Rede de Centros Colaboradores, que por meio de convênios com pesquisadores, dedica suas pesquisas à saúde suplementar.

Ainda em 2005, é criada a Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), o que padroniza as informações trocadas entre operadoras e prestadoras de serviços pelos sistemas de guias de atendimento.

Em 2006, a ANS altera os artigos 8º, 11, 27 e 28 da RN 48 por meio da RN 142, que institui a possibilidade de a operadora reparar voluntariamente os danos ou prejuízos causados ao usuário por atos infracionais praticados. No ano seguinte, 2007, a ANS assina o primeiro acordo de cooperação técnica firmado com órgãos de defesa do consumidor, como o PROCON.

No ano de 2009, foi implementado o programa de possibilidade da portabilidade de carência aos beneficiários de planos individuais contratados sob a vigência da Lei 9.656/98, bem como, para os planos antigos adaptados à lei nova. Tal previsão possibilitou a migração do usuário entre planos de saúde sem que houvesse a necessidade de cumprimento de novo prazo de carência. Para tanto, foi lançado o Guia ANS de Planos de saúde, por meio do qual os beneficiários do plano poderiam entender como exercer seu direito de portabilidade.

No ano de 2010, é instituída a Notificação de Investigação Preliminar (NIP), por meio da qual, a ANS visa à solução, de maneira extrajudicial, dos conflitos provenientes de negativa de cobertura, desde que tal negativa seja devidamente informada à agência. É definida também a possibilidade de participação da sociedade civil, bem como, dos agentes reguladores, nas edições de normas e tomadas de decisão da ANS, por meio de consultas e audiências públicas e câmaras técnicas.

Em 2011, a ANS divulga sua primeira carta de serviços, assim como, estabelece, pela primeira vez, uma

agenda regulatória, por meio da qual, é possível conferir as atividades de controle social com os temas prioritários.

Merecem destaques algumas Resoluções Normativas publicadas em 2011, com estímulo à qualidade da atenção a saúde:

RN nº 267 – institui o programa de qualificação da rede de prestadores, no qual deverão ser divulgados certificados de qualidade dos prestadores de serviços em saúde; RN nº 275 – institui o QUALISS, programa capaz de avaliar o desempenho assistencial dos prestadores de serviço na saúde; RN nº 277 – institui o programa de acreditação de operadoras de planos de saúde.

#### Regulação econômico-financeira:

RN nº 256 – institui o plano de recuperação assistencial e regulamentou a direção técnica, visando corrigir práticas que constituam risco à qualidade ou à continuidade do atendimento; RN nº 278 – institui o Programa de Conformidade Regulatória, na busca por maior adesão das operadoras ao cumprimento de aspectos essenciais da regulação e conferindo tratamento diferenciado às operadoras que permaneçam regulares; e RN nº 274 – estabelece medidas administrativas e econômico-financeiras com

foco principal nas pequenas e médias operadoras de planos de saúde, com a proposta de reduzir o peso da regulação para estas operadoras, sem perdas no monitoramento. (ANS, 2011)

Resolução Normativa e Súmula Normativa com foco no consumidor:

RN nº 259 – define prazos máximos para o atendimento de beneficiários de planos de saúde; RN nº 279 – assegura aos demitidos e aposentados a possibilidade de manutenção do plano de saúde empresarial; RN nº 252 – amplia a portabilidade de carências, garantindo o direito à mudança de plano de saúde sem cumprimento de novos prazos de carência para mais beneficiários; RN nº 265 – incentiva implantação de programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades do plano e prêmios; Súmula Normativa nº 15 – estabelece que para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de saúde entende-se como cobertura relacionada à saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho; Súmula Normativa nº 16 – institui que é vedado às operadoras utilizar mecanismos que

inibam a solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços médicos; Súmula Normativa nº 19 – estabelece que a comercialização de planos por parte das operadoras ou de terceiros não pode impedir ou dificultar o acesso ou ingresso do beneficiário em razão de idade, condição de saúde ou por portar deficiência. (ANS, 2011)

No ano de 2013, torna-se obrigatório o fornecimento da negativa de autorização de procedimento por escrito, um avanço importante na defesa dos direitos dos consumidores e que possibilita uma discussão mais justa e equânime entre a operadora e o usuário. Nesse mesmo ano, a ANS regulamenta o fornecimento de bolsas de colostomia<sup>2</sup>, ileostomia<sup>3</sup> e urostomia<sup>4</sup>, ampliando ainda mais os tratamentos e procedimentos de fornecimento obrigatório pela operadora ao usuário.

---

2. A colostomia é um estoma intestinal, ou seja, a exteriorização no abdome de uma parte do intestino grosso para eliminação de fezes. A colostomia é feita quando o paciente apresenta qualquer problema que o impede de evacuar normalmente pelo ânus. As fezes saem pelo estoma e são coletadas em uma bolsa plástica adaptada à pele.

3. Ileostomia é uma derivação intestinal, efetuada ao nível do intestino delgado (*ileon*), onde se exterioriza o íleo pela parede abdominal, formando um novo trajeto e uma abertura para a saída das fezes (estoma). Após a ileostomia, o paciente utiliza uma bolsa especial (saco-prótese) apensa ao abdômen para que suas fezes sejam coletadas. As bolsas são finas e ajustáveis ao corpo, não sendo notado o seu uso.

4. Urostomia é uma criação cirúrgica de uma abertura artificial (estoma) dos condutos urinários na parede abdominal. A urina passará a fluir através desta abertura situada na parede abdominal e será armazenada em uma bolsa coletora.

Em 2016, além de outras medidas e providências, a agência celebra, com o Conselho Nacional de Justiça, o termo de cooperação técnica nº 008/2016, por meio do qual as duas instituições se comprometem a realizar intercâmbio de informações e de dados sobre o setor de saúde suplementar, visando à redução da judicialização:

O presente acordo tem por objetivo o estabelecimento de medidas que possibilitem o intercâmbio de dados e de informações de interesse recíproco dos partícipes, a garantia da proteção e da defesa dos direitos do consumidor de planos provados de assistência à saúde e o estímulo à resolução de conflitos de forma amigável nas causas pré-processuais e judiciais, reduzir demandas judiciais relacionadas à assistência à saúde suplementar, para que possam melhorar o desempenho da atividade regulatória da ANS. (Conselho Nacional de Justiça. Termo de Cooperação Técnica nº 008/2016).

E, por judicialização, deve-se entender como:

Um processo de transformação das normas e principalmente, da forma de atuação dos membros do Poder Judiciário na solução de questões sociais. É a atuação judicial com observância aos princípios da justiça social e da dignidade da pessoa humana,

em detrimento a aplicação purista de princípios econômicos. No âmbito da saúde, essa atuação mais protagonista do Poder Judiciário tem garantido aos usuários de planos privados de assistência à saúde importantes conquistas e manutenção de direitos constitucionais duramente conquistados. (ALVES *et al.*, 2015).

Por fim, em 2017, a ANS publica a Resolução Normativa nº 412 que cria um padrão mais claro e simplificado para o cancelamento do plano de saúde por pedido do usuário.

Como se verifica do exposto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem papel fundamental na proteção, regulamentação e padronização das ações, direitos e deveres, tanto do usuário quanto das operadoras de planos de saúde. A agência fornece ao cidadão, bem como, à operadora, segurança, clareza e possibilidades de atuação, fazendo com que, o bem maior – a vida – observado na relação estabelecida entre usuário e prestadora, seja assegurado acima de tudo.

Ano após ano, a atuação da ANS se torna cada vez mais importante e indispensável no cenário da saúde suplementar. As resoluções normativas são fundamentais para o correto funcionamento dos planos e das relações estabelecidas com os usuários. Faz-se necessário um órgão especializado, atento e atuante como a ANS para reger de maneira harmônica toda essa interação social decorrente dos contratos de plano de saúde.

De acordo com Edson de Oliveira Nunes (1999), essa agência regulatória deve ter como características: autonomia de decisão; ampla divulgação de decisões e procedimentos;

celeridade nas relações com os consumidores e agentes econômicos; inclusão dos interessados em audiências públicas e limitação da ação estatal na provisão de serviços públicos.

Conforme Vital Moreira (2004), a criação de uma entidade reguladora da saúde pode ser traduzida efetivamente na formação de um mercado de cuidados de saúde, em que os atores principais deixam de ser estabelecimentos públicos para tornarem-se entidades empresariais sujeitas à lógica de mercado e sendo remuneradas pelos cuidados efetivamente prestados, enquanto os usuários deixam de ser pacientes de serviços públicos gratuitos para tornarem-se consumidores de cuidados de saúde. É importante ressaltar, ainda, que as agências reguladoras incentivam muito a competitividade nos setores regulados e a desconcentração de capitais.

### **1.3 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA: recomendações sobre a saúde suplementar**

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) é uma instituição pública que visa aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, principalmente, no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual exercida pelos diversos Tribunais espalhados pelo Brasil.

O CNJ foi criado pela Emenda Constitucional nº 45 de 2004 e instalado em 14 de junho de 2005, nos termos do art. 103-B da Constituição da República Federativa do Brasil. Trata-se de um órgão do Poder Judiciário com sede em Brasília-DF e atuação em todo o território nacional, sendo composto por 15 membros, conforme se depreende do artigo 103-B da CF/88:

Art. 103-B. O Conselho Nacional de Justiça compõe-se de quinze membros com mais de trinta e cinco e menos de sessenta e seis anos de idade, com mandato de dois anos, admitida uma recondução, sendo:

I um Ministro do Supremo Tribunal Federal, indicado pelo respectivo tribunal;

II um Ministro do Superior Tribunal de Justiça, indicado pelo respectivo tribunal;

III um Ministro do Tribunal Superior do Trabalho, indicado pelo respectivo tribunal;

IV um desembargador de Tribunal de Justiça, indicado pelo Supremo Tribunal Federal;

V um juiz estadual, indicado pelo Supremo Tribunal Federal;

VI um juiz de Tribunal Regional Federal, indicado pelo Superior Tribunal de Justiça;

VII um juiz federal, indicado pelo Superior Tribunal de Justiça;

VIII um juiz de Tribunal Regional do Trabalho, indicado pelo Tribunal Superior do Trabalho;

IX um juiz do trabalho, indicado pelo Tribunal Superior do Trabalho;

X um membro do Ministério Público da União, indicado pelo Procurador-Geral da República;

XI um membro do Ministério Público estadual, escolhido pelo Procurador-Geral da República dentre os nomes

indicados pelo órgão competente de cada instituição estadual;

XII dois advogados, indicados pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil;

XIII dois cidadãos, de notável saber jurídico e reputação ilibada, indicados um pela Câmara dos Deputados e outro pelo Senado Federal.

[...] (BRASIL, 1988)

Dos 15 membros, nove são integrantes dos Tribunais Superiores e das Justiças Federal, Estadual e do Trabalho; dois são integrantes do Ministério Público; dois são advogados e os outros dois são cidadãos com notável saber jurídico e reputação ilibada.

Diferente da generalidade dos órgãos do Poder Judiciário, em que seus integrantes têm atuação vitalícia, os membros do CNJ possuem mandato de dois anos, admitida apenas uma recondução ao cargo, o que promove uma rotatividade de seus integrantes.

Embora tenha sido criado como o órgão administrativo mais elevado do Poder Judiciário, o Conselho Nacional de Justiça não possui competência jurisdicional, isto é, não resolve os conflitos de interesses trazidos pelas partes como os demais órgãos do Poder Judiciário o fazem. A principal função do CNJ é controlar a atuação administrativa e financeira do Judiciário, assegurando que os magistrados cumpram com seus deveres.

Dentre as competências atribuídas ao Conselho Nacional de Justiça, estão: 1 – zelar pela autonomia do Poder Judiciário e pelo cumprimento do Estatuto da Magistratura,

expedindo atos normativos e recomendações; 2 – definir o planejamento estratégico, os planos de metas e os programas de avaliação institucional do Poder Judiciário; 3 – permitir melhores práticas e celeridade, elaborar e publicar semestralmente relatórios estatísticos sobre movimentações processuais e outros indicadores pertinentes às atividades jurisdicionais em todo o país.

Para a observância e cumprimento dessas atribuições, o CNJ conta com quatro comissões permanentes, sendo elas: 1 – Comissão Permanente de Acesso à Justiça e Cidadania, 2 – Comissão Permanente de Gestão Estratégica, Estatística e Orçamento, 3 – Comissão Permanente de Eficiência Operacional e Gestão de Pessoas e 4 – Comissão Permanente de Tecnologia de Informação e Infraestrutura.

Cabe ao presente estudo a observância da Comissão Permanente de Acesso à Justiça, pois é sob os seus cuidados que se encontra o programa de Movimento Permanente pelo Direito à Saúde. Por meio dessa comissão, são avaliadas e discutidas, em fóruns, as necessidades de recomendações aos Tribunais Estaduais para a adoção de medidas que visam dar efetividade e celeridade para os casos envolvendo a judicialização da saúde suplementar.

Dentre as recomendações, a de maior importância para este estudo é a de número 36 de 12 de julho de 2011, que foi utilizada como marco temporal inicial para o levantamento, coleta e análise dos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, conforme restará demonstrado no tópico referente à metodologia aplicada neste livro.

### **1.3.1 RECOMENDAÇÃO 36 DE 12 DE JULHO DE 2011 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**

Em decorrência dos resultados da audiência pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal em abril e maio de 2009, por meio da Portaria nº 650 de 20 de novembro de 2009, o CNJ criou o grupo de trabalho para estudos e propostas de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Em 6 de abril de 2010, o CNJ publicou a Resolução 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário, também chamado de Fórum da Saúde, para o monitoramento e a resolução das demandas de assistência à Saúde.

O Fórum da Saúde é coordenado por um Comitê Executivo Nacional, instituído pela portaria nº 8 de 2 de fevereiro de 2016 e constituído por comitês estaduais com a finalidade de subsidiar, com informações estatísticas, os trabalhos do fórum da saúde.

Também pela Resolução 107 do CNJ, foi criado um sistema eletrônico de acompanhamento das ações judiciais que envolvem a assistência à saúde, chamado Sistema Resolução 107.

Após realizar dois encontros nacionais, o Fórum da Saúde ampliou sua área de atuação para incluir a saúde suplementar e as ações resultantes das relações de consumo. Os trabalhos do grupo culminaram na aprovação da Recomendação nº 36 de 12 de julho de 2011 pelo Plenário do CNJ.

Tal recomendação traça diretrizes aos Tribunais quanto ao processamento e julgamento das demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde suplementar, estabelecendo em sua emenda que: “Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficácia

na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar” (CNJ, 2011).

Por meio do Fórum da Saúde, bem como, da Recomendação 36 do Conselho Nacional de Justiça, foram criados os Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) e o Núcleo de Apoio Técnico dos Tribunais de Justiça (NAT-JUS). O NATS tem por finalidade apoiar o NAT-JUS na elaboração de notas técnicas (NT) e de pareceres técnico-científicos (PTC) iniciais e, quando demandado, produzir PTC sobre tema definido para avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS.

A nota técnica (NT) é a ferramenta de resposta rápida que dá suporte à gestão e à tomada de decisões judiciais em saúde baseadas em evidências científicas, por meio de uma execução mais simples e com linguagem acessível, com itens pré-determinados e de preenchimento obrigatório. A NT deve conter: nome do paciente; número do processo e vara de origem; identificação da tecnologia tais como medicamentos, procedimentos ou produto utilizados no tratamento, o diagnóstico completo com CID (Classificação Internacional de Doenças) e demais detalhes que se julguem necessários; descrição do atendimento contendo a capacidade funcional do paciente, detalhes de como o diagnóstico foi confirmado, definição do estabelecimento de saúde e sua localização.

A NT deve apresentar, ainda, dados da tecnologia, tais como, verificação se houve ou não a tentativa de obtenção de medicamento, se houve ou não a negativa, a data da negativa e o estabelecimento onde ocorreu a negativa; os dados do medicamento, do produto e do procedimento, bem como, a via de administração, posologia e duração do tratamento, o número do registro na ANVISA, se está disponível no SUS,

se existe alguma alternativa disponível no SUS e a justificativa para sua prescrição; e os dados da evidência podendo ser baseados em artigos científicos nacionais e internacionais ou em doutrinas abalizadas.

Por meio, ainda, de tal Resolução, foi criado e implantado o Cadastro Nacional de Notas Técnicas e Pareceres Técnicos Científicos que tem por finalidade básica fornecer a elaboração descentralizada de NT's e PTC's por um núcleo de apoio técnico dos Tribunais de Justiça (NAT-JUS), com apoio dos NATS, bem como, realizar o armazenamento centralizado de NT's e PTC's, visando uma busca rápida e eficaz das notas caso sejam necessárias aos magistrados.

O cadastro nacional visa padronizar os formulários a serem utilizados para possibilitar uma identificação de temas e outras informações de maneira mais eficaz e fidedigna, proporcionando ao julgador uma fundamentação robusta para a tomada de decisões em demandas referentes à saúde.

Sendo assim, o fluxo adotado pelos magistrados quando da solicitação do apoio aos NATS-JUS é: o solicitante preenche a solicitação e peticiona nos autos processuais; posteriormente, o magistrado consulta se existe NT's sobre o assunto; existindo, produz sua decisão; não existindo NT's sobre o tema, o magistrado cadastra sua solicitação e a NT será produzida pelo núcleo técnico especializado e um PTC é enviado ao magistrado. Assim, produz-se a decisão.

Todas as explicações e fluxogramas supracitados podem ser facilmente encontrados no site<sup>5</sup> do Conselho Nacional de Justiça e, também, na cartilha do Ministério da Saúde que

---

5. Portal do CNJ. Disponível em: <<http://cnj.jus.br/programas-e-acoess/foro-da-saude/documentos>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

cria uma padronização metodológica para a elaboração do PTC<sup>6</sup>.

Como se observa, quando da publicação da recomendação 36 do CNJ, toda uma estrutura e metodologia foram desenvolvidas para fornecer aos Tribunais e aos julgadores as ferramentas mais adequadas no julgamento envolvendo casos de saúde.

Os pareceres técnico-científicos, as notas técnicas, bem como, os núcleos de apoio aos tribunais são, desde a publicação da Recomendação 36 do CNJ e da implantação das medidas por ela determinadas, requisitos básicos e fundamentais que devem ser observados quando do julgamento pelos magistrados de casos envolvendo saúde, pois um julgamento envolvendo saúde deve ser baseado em evidências.

---

6. Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/Diretrizes/PTC.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/PTC.pdf)>. Acesso em: 1 jul. 2018.

## CAPÍTULO 2

### **METODOLOGIA**

No capítulo que se segue, é descrito o campo de realização da pesquisa e pormenorizada a metodologia aplicada.

#### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO**

O estudo foi realizado em uma operadora de plano de saúde (OPS) localizada na Zona da Mata Mineira, na cidade de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais. A OPS analisada é uma das 12 unidades integrantes de uma Intrafederativa e, dentro deste universo, é a que possui o maior número de acórdãos provenientes de processos envolvendo a judicialização da saúde suplementar.

O sistema ao qual a OPS está vinculada é formado por singulares que se agrupam em Regionais Intrafederativas, que compõem as Federações Estaduais e que, por sua vez, agrupam-se na Confederação Nacional.

As 12 unidades que formam a Intrafederativa da Zona da Mata mineira estão localizadas nas cidades de: Juiz de Fora,

Cataguases, Leopoldina, Muriaé, São João Nepomuceno, Santos Dumont, Barbacena, Vale do Carangola, Ubá, Além Paraíba, Ponte Nova e Viçosa.

A Intrafederativa da Zona da Mata Mineira sediada em Juiz de Fora foi fundada em 14 de novembro de 1996. Sua atividade principal é a prestação de serviços de saúde suplementar com a comercialização de planos de saúde.

As Intrafederativas da Zona da Mata Mineira juntas movimentam, por mês, mais de R\$ 51 milhões em serviços de saúde e fomentam mais de 20 mil postos de trabalho. Possuem, aproximadamente, 2.630 médicos cooperados e 240 mil usuários, conforme o portal virtual da instituição<sup>7</sup>.

A escolha desta OPS específica é justificada pelo fato de estar localizada em Juiz de Fora, a quarta maior cidade do estado de Minas Gerais, com uma população de, aproximadamente, 563.769 habitantes, área territorial de, aproximadamente, 1.435,749 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 359,59 hab./km<sup>28</sup>, bem como, pelo fato de o município ser a sede Intrafederativa da Zona da Mata Mineira que agrupa esta e mais 11 operadoras de plano de saúde.

## 2.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se o presente de um estudo de caso em que se realizou uma revisão e sistematização da legislação aplicada

---

7. Portal UNIMED. Disponível em: <[www.unimed.coop.br/web/minasgerais/noticias/intrafederativa-zona-da-mata-inaugura-sede-propria-em-juiz-de-fo-1](http://www.unimed.coop.br/web/minasgerais/noticias/intrafederativa-zona-da-mata-inaugura-sede-propria-em-juiz-de-fo-1)>. Acesso em: 30 jun. 2018.

8. Portal IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670&search=minas-gerais|juiz-de-fora>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

ao tema da saúde suplementar. Trata-se, ainda, de pesquisa qualitativa, quantitativa e descritiva que utilizou acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, no período de 12 de junho de 2012 a 01 de outubro de 2017. Essa limitação temporal é devida à entrada em vigor da Recomendação 36 de 12 de junho de 2011 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o que possibilitou verificar a evolução concernente à posição do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais frente à problemática envolvendo a saúde suplementar.

Tal Recomendação tem por finalidade determinar aos Tribunais a adoção de medidas que visa subsidiá-los e aos magistrados, por meio de Notas Técnicas formuladas por profissionais da saúde, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a concessão ao usuário de assistência à saúde suplementar ou não, concessão de tratamentos, medicamentos e/ou procedimentos solicitados e não concedidos pelas OPS.

A pesquisa focou no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais pelo motivo de ser o Tribunal competente para o processamento e o julgamento no estado de localização da unidade da OPS analisada.

Visando a análise das demandas judiciais em face de tal operadora, foram levantadas e analisadas decisões de mérito em segundo grau de jurisdição (acórdãos) proferidas por uma das Câmaras Cíveis do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Esses acórdãos são disponibilizados de maneira pública e gratuita para consulta e *download* em formato portátil de documento (PDF) de sua íntegra, mediante a pesquisa por padrões que o site disponibiliza para o interessado.

A fim de determinar a escolha da unidade da OPS integrante da Intrafederativa da Zona da Mata Mineira que seria

o foco deste estudo, preliminarmente, foram quantificados os acórdãos de todas as unidades de operadoras de plano de saúde que compõem esta intrafederativa. Os resultados obtidos foram organizados na tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Quantidade de acórdãos por unidade de OPS da Intrafederativa da Zona da Mata

	<b>Cidade da OPS</b>	<b>Qtd. Acórdãos</b>	<b>%</b>
01	Além Paraíba	28	4,14%
02	Barbacena	27	3,99%
03	Cataguases	10	1,48%
04	Juiz de Fora	432	63,91%
05	Leopoldina	23	3,40%
06	Muriaé	60	8,88%
07	Ponte Nova	04	0,59%
08	Santos Dumont	17	2,51%
09	São João Nepomuceno	09	1,33%
10	Ubá	45	6,66%
11	Vale do Carangola	00	0,00%
12	Viçosa	21	3,11%
	<b>Total</b>	<b>676</b>	<b>100,00%</b>

Como se verifica, dentre as 12 operadoras de plano de saúde que compõem a Intrafederação da Zona da Mata Mineira, a OPS da cidade de Juiz de Fora acumulou, entre os anos de 2012 a 2017, 432 acórdãos, o que corresponde a 63,91% de todos os acórdãos, número expressivo e destoante

das demais unidades intrafederadas, o que chamou a atenção e a fez ser merecedora deste estudo.

Após a escolha da OPS da cidade de Juiz de Fora, passou-se à obtenção e análise dos dados, o que ocorreu em cinco momentos distintos quando da elaboração deste livro. O primeiro momento consistiu na pesquisa no site do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na aba Pesquisa avançada de jurisprudência, no campo Pesquisa livre, com a opção de Pesquisa em inteiro teor selecionada e utilizando-se a data de publicação entre 12/06/2012 a 01/10/2017. Foram utilizados os termos<sup>9</sup> entre aspas com o nome da operadora de plano de saúde foco desta pesquisa para que o sistema de busca do site do TJMG apresentasse como resultado o termo completo e não palavras isoladas. Os demais campos foram deixados em branco.

A partir dos acórdãos apresentados pelo sistema de buscas do TJMG, foi feito o *download* em PDF de cada um dos acórdãos e, posteriormente, estes documentos foram verificados, um a um, para conferência de que a OPS era parte constante em um dos polos processuais (autor e réu; recorrente e recorrido; agravante e agravado; embargante e embargado etc.) e não apenas uma citação dentro do acórdão como parte da fundamentação ou argumentação utilizada pelo julgador quando da prolação do voto.

Identificada a participação da OPS em um dos polos processuais, foi realizado o *download* do acórdão na íntegra e arquivado em banco de dados. Foi obtido o número de 432 acórdãos, dado que alguns foram eliminados por serem

---

9. Os termos utilizados para a pesquisa dos acórdãos foram: “UNIMED JUIZ DE FORA”, “UNIMED Juiz de Fora”, “Unimed juiz de fora”, “UNIMED JF”, “UNIMED jf”.

repetidos, ou por não conterem a OPS como parte em um dos polos processuais.

No segundo momento, foram nomeados os acórdãos selecionados pela numeração única do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>10</sup> e organizados cronologicamente por data do julgamento, conforme se verifica no apêndice B. No terceiro momento, para a extração dos dados desejados provenientes dos acórdãos, foi desenvolvido formulário próprio para o estudo (Apêndice A), nos moldes do utilizado na cartilha do CNJ e também por Mário Scheffer (2006). Tal formulário conta com 23 questões relevantes para a análise e identificação do perfil da judicialização em face da OPS da cidade de Juiz de Fora

O quarto momento caracterizou-se pelo preenchimento do formulário referente a cada um dos acórdãos. As questões foram tabuladas em planilha de Excel, utilizando-se a validação de dados oferecida por esta ferramenta, com vistas a obter um preenchimento padronizado e uniforme. Tal tabela possibilitou uma visão global de todos os acórdãos da maneira mais fidedigna e controlada possível.

O quinto e último momento se deu pela aplicação do recurso Tabela Dinâmica do Excel sobre todos os dados tabulados. Esse recurso possibilitou a elaboração de tabelas, gráficos e quadros de maneira individualizada ou confrontada para cada uma ou mais de um das questões, fornecendo dados precisos e seguros, viabilizando a sua análise e interpretação.

É possível afirmar que o presente estudo trata de quase a totalidade dos acórdãos prolatados no período estabelecido e

---

10. Foi implementada pela resolução 65 de 16 de dezembro de 2008, e tem por finalidade a unificação da numeração processual, que deve ser mantida em todos os tribunais do Brasil.

que são disponibilizados pública e gratuitamente para consulta, verificação e *download*. Existe a possibilidade de o sistema de buscas do TJMG não ter identificado a totalidade dos acórdãos prolatados para o período relacionado e ressalta-se que não foram levados em conta os acórdãos em segredo de justiça, os quais não podem ser encontrados no sistema e para os quais não é permitida a visualização por partes e/ou advogados não cadastrados.

Foi totalmente assegurada a confidencialidade das partes envolvidas nas decisões analisadas. Nenhuma das questões do formulário possibilita identificação, cabendo ressaltar que os acórdãos utilizados são disponibilizados de maneira gratuita e pública no portal do Tribunal de Justiça do Estado do Estado de Minas Gerais<sup>11</sup>, podendo qualquer pessoa com acesso à internet e, observando os padrões estabelecidos, identificar os mesmos acórdãos aqui analisados.

O presente estudo possibilitou traçar o perfil da judicialização da OPS localizada na cidade de Juiz de Fora, os argumentos utilizados pelas partes, os argumentos que fundamentam as decisões proferidas pelos magistrados e verificar se essas decisões encontram-se fundamentadas nas Leis, na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais e dos Tribunais Superiores (STJ e STF), bem como, nas recomendações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que orientam o tema.

---

11. Portal do TJMG. Disponível em: <[www.tjmg.jus.br](http://www.tjmg.jus.br)>. Acesso em: 30 jun. 2018.



## CAPÍTULO 3

### **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos da análise dos dados extraídos dos 432 acórdãos referentes às ações judiciais envolvendo a OPS analisada. Os acórdãos (decisões de segundo grau) foram proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), entre 12 de junho de 2012 e 01 de outubro de 2017.

#### **3.1 IDENTIFICAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS ACÓRDÃOS**

Os acórdãos foram identificados e analisados pela numeração única do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), bem como, pela data (dia/mês/ano), os quais seguem elencados no apêndice B deste livro.

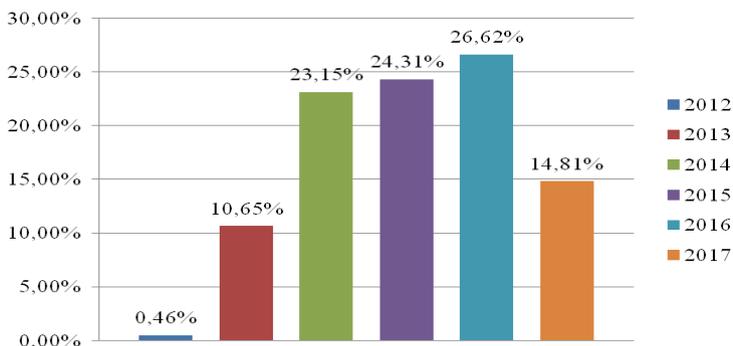
Todos os acórdãos foram baixados em PDF na íntegra do sítio do TJMG no campo destinado à pesquisa livre, com a pesquisa em inteiro teor selecionada, bem como, com data de publicação entre 12/06/2012 e 01/10/2017. O site do TJMG permite qualquer consulta e verificação atual, o que poderá

subsidiar futuros estudos com interesse nesta área de pesquisa e/ou mesmo conferência e verificação desta pesquisa.

### 3.2 PERÍODO DE JULGAMENTO EM 2ª INSTÂNCIA

Foram analisados 432 acórdãos do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais e o resultado obtido quanto ao quesito “ano do julgamento” pode ser observado por meio do gráfico 1, a seguir.

**Gráfico 1 – Ano de Julgamento do Acórdão**



Fica claro pela leitura do gráfico que houve um aumento anual dos julgamentos das demandas de judicialização da saúde envolvendo a OPS, sendo que, entre os acórdãos analisados, as frequências apresentadas foram de 0,46%; 10,65%; 23,15%; 24,31%; 26,62% e 14,81% para os anos de 2012 a 2017, respectivamente. A tabela 2, a seguir, apresenta o ano do julgamento do acórdão em segunda instância.

**Tabela 2 – Ano do julgamento  
do acórdão em segunda instância**

	<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
2012	02	0,46%
2013	46	10,65%
2014	100	23,15%
2015	105	24,31%
2016	115	26,62%
2017	64	14,81%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100%</b>

Diferentemente do resultado encontrado por Scheffer (2006), observa-se, na tabela 2, que do ano de 2012 até o ano de 2016, houve um aumento na quantidade de acórdãos. Parece ter existido uma queda nessa quantidade no ano de 2017 quando comparada com o ocorrido nos anos de 2014, 2015 e 2016. No entanto, não é possível afirmá-la categoricamente, uma vez que a coleta dos acórdãos analisados encerrou em outubro de 2017.

No estudo realizado por Scheffer (2006), os resultados obtidos quando da análise dos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, no período de 1999 a 2004, foi identificada a redução da judicialização da saúde e não o seu aumento com o passar dos anos. Em seu trabalho, o referido autor verificou que a maior recorrência de judicialização ocorreu nos dois primeiros anos analisados (1999 e 2000), sendo que nos anos seguintes, o número de julgamentos diminuiu.

Cabe ressaltar que os anos, aqui apresentados, referem-se à data do julgamento em segunda instância, e não ao ano da distribuição da ação em primeira instância. Essa informação é relevante, pois mais de um acórdão pode ser proveniente de uma mesma ação.

### 3.3 TITULARIDADES DAS AÇÕES: individuais ou coletivas

Neste item do estudo, o objetivo foi identificar a titularidade da ação que deu origem ao acórdão analisado, ou seja, verificar se são individuais ou coletivas e, se coletivas, quais os órgãos responsáveis pela sua propositura.

Como órgãos responsáveis por ações coletivas foram considerados nas alternativas do formulário: ONG, Ministério Público Estadual, PROCON e, na alternativa Coletivo Outros, foram consideradas as ações propostas por mais de um autor, ou seja, quando houve a formação de um Litisconsórcio Ativo Facultativo.

**Tabela 3 – Titularidade da ação**

	Qtd. de Acórdãos %	
Coletiva – Outros	06	1,39%
Individual	424	98,15%
Não Informado	02	0,46%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Conforme se depreende da análise dos dados, verificou-se que 98,15% dos acórdãos correspondem às ações que foram propostas de maneira individual, ou seja, propostas pelo usuário em face da OPS. Apenas 1,39% dos acórdãos correspondem às ações coletivas e estas foram realizadas por litisconsórcio ativo facultativo e não por entidades consideradas no formulário. A alternativa “Não informado” foi aplicada quando não foi possível determinar a autoria da ação.

Esses resultados coadunam os encontrados por Scheffêr (2006), o qual analisou casos de judicialização da saúde em face de operadoras de planos de saúde junto ao TJSP e encontrou que, em 99,8% dos casos, as ações foram propostas de maneira individual e não coletiva ou por entidades que possuem legitimidade para ações coletivas.

Pode-se concluir que, predominantemente, as ações são propostas pelo usuário em face da OPS por motivo de alguma insatisfação gerada no decorrer do contrato e que os órgãos e entidades legitimadas para a propositura de ações que visam o bem estar coletivo, quedaram-se inertes durante o período analisado.

### **3.4 FORMAS E PERÍODO DA CONTRATAÇÃO DO PLANO**

Nos conformes da legislação pátria, existem duas formas possíveis de contratação dos planos de saúde: individual ou coletiva. E, atualmente, existem duas modalidades de contratação ainda vigentes: os chamados planos antigos ou não regulamentados, firmados antes da Lei 9.656/98, e os planos contratados após a entrada em vigor desta Lei, denominados planos novos.

Neste ponto, foram utilizadas para análise as seguintes questões: forma de contratação do plano e data da contratação do plano pelo usuário. Os dados obtidos após o cruzamento das questões são apresentados no quadro 1, a seguir.

**Quadro 1 – Forma e período de contratação do plano**

		<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Individual	Antes da Lei 9.656/98 – Plano Antigo	30	6,94%
	Depois da Lei 9.656/98 – Plano Novo	247	57,18%
	Não informado	07	1,62%
<b>Individual Total</b>		<b>284</b>	<b>65,74%</b>
Coletivo	Antes da Lei 9.656/98 – Plano Antigo	14	3,24%
	Depois da Lei 9.656/98 – Plano Novo	48	11,11%
	Não informado	08	1,85%
<b>Coletivo Total</b>		<b>70</b>	<b>16,20%</b>
Não informado	Antes da Lei 9.656/98 – Plano Antigo	09	2,08%
	Depois da Lei 9.656/98 – Plano Novo	35	8,10%
	Não informado	34	7,87%
<b>Não informado</b>		<b>78</b>	<b>18,06%</b>
<b>Total geral</b>		<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Conforme os resultados demonstrados, na maioria dos acórdãos (284), isto é, em 65,74% dos casos, a forma de contratação foi individual e, em 247 acórdãos, totalizando 57,18%, as contratações individuais foram feitas depois da lei que regulamentou a prestação dos serviços em saúde suplementar ou foram regularizadas do plano antigo para o plano novo, nos conformes da Lei 10.850 de 25 de março de 2004.

Isso demonstra que, para a operadora de plano de saúde, grande parte da demanda provém das contratações individuais, no entanto, esse dado não significa necessariamente que a contratação de planos individuais é maior do que a dos planos coletivos, tendo em vista que a análise aqui empregada não possibilitou observar a quantidade de planos individuais e coletivos que a OPS possui, mas visou identificar se as demandas individuais são decorrentes, em sua maioria, de planos também contratados de maneira individual.

Como bem observado por Scheffer (2006):

Chama a atenção no estudo o dado de que são em menor número (10,9%) as demandas judiciais que reclamam exclusões de atendimento nas carteiras coletivas, se comparadas ao número de decisões que envolvem planos individuais. Os planos coletivos geralmente pressupõem uma diluição do risco entre os beneficiários, que levam a cálculos de custos per capita e a definição de coberturas. Já os contratos individuais, por implicarem uma concentração do risco, tendem a restringir mais as coberturas.

Esta é uma das razões pelas quais a cobertura assistencial nos contratos individuais recebe atenção diferenciada da regulamentação e do órgão regulador, a ANS. Por sua vez, os Procons e órgãos de defesa do consumidor também pouco se ocupam das exclusões e limitações contidas nos contratos coletivos. (SCHEFFER, 2006).

Cabe ressaltar que o usuário pode aderir a um plano coletivo e propor uma ação individualmente, acionando o judiciário independente dos demais segurados do plano coletivo ao qual é vinculado.

As alternativas nominadas com “Não informado” foram aplicadas quando não foi possível identificar com segurança, mediante a análise do acórdão, se o contrato celebrado entre o usuário e a OPS era individual ou coletivo.

### **3.5 POSIÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE (OPS) EM PRIMEIRA E SEGUNDA INSTÂNCIA**

O estudo analisou se a OPS, em primeira instância, encontrava-se na posição de autora ou ré e se, em segunda instância, estava na posição de recorrente ou recorrida. Os dados foram analisados de forma individual e também foram cruzados em tabela 2x2. Os resultados encontrados são demonstrados na tabela 4, a seguir.

**Tabela 4 – Posição da OPS em primeira instância**

	<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Autora	05	1,16%
Interessada	02	0,46%
Ré	425	98,38%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Como se verifica, em 98,38% dos acórdãos, a OPS da cidade Juiz de Fora figura como ré em primeira instância; apenas em 1,16% dos casos, atua como autora e, em menos de 1%, atua como interessada. Nos casos em que atua como autora, as demandas são referentes apenas à cobrança de valores de usuários inadimplentes, conforme restará demonstrado adiante.

Quanto à posição da OPS em segunda instância, os percentuais não foram muito diferentes, conforme se observa na tabela 5, abaixo.

**Tabela 5 – Posição da OPS em segunda instância**

	<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Interessado	02	0,46%
Recorrente	349	80,79%
Recorrido	81	18,75%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Em sede recursal, ou seja, quando do envio do processo para segunda instância, a OPS figurou em 80,79% dos casos como recorrente, o que significa que a operadora de plano de

saúde foi quem deu causa à devolução dos autos ao Tribunal, por meio de interposição de recurso.

Em apenas 18,75% dos casos, a OPS figurou como recorrida, significando que, para esses casos, quem deu causa a devolução dos autos ao Tribunal foi o usuário mediante a interposição de recurso, o que sinaliza um êxito muito baixo da OPS em primeira instância, apesar de seu alto nível de atuação recursal.

Com os dados obtidos, foi possível, ainda, observar a posição da operadora de maneira comparada em primeira e segunda instância, o que é demonstrado no quadro 2, abaixo.

**Quadro 2 – Análise comparada da posição da OPS em primeira e segunda instância**

		<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Autora	Recorrente	01	0,23%
	Recorrido	04	0,93%
<b>Autora Total</b>		<b>05</b>	<b>1,16%</b>
Ré	Recorrente	347	80,32%
	Recorrido	77	17,82%
	Interessado	01	0,23%
<b>Ré Total</b>		<b>425</b>	<b>98,38%</b>
Interessada	Recorrente	01	0,23%
	Interessado	01	0,23%
<b>Interessada Total</b>		<b>02</b>	<b>0,46%</b>
Total geral		432	100,00%

O quadro 2 mostra que, como autora, a OPS figurou como Recorrente em um acórdão e, como recorrida, em quatro acórdãos, totalizando cinco acórdãos ou 1,16%. Porém, o dado mais interessante apurado foi o que mostra a OPS figurando como Ré em primeira instância, pois, como se verifica, nessa posição, a OPS interpôs 347 recursos, ou seja, 80,32% dos acórdãos proferidos em julgados de 2ª instância foram provenientes de recursos interpostos pela operadora inconformada com a decisão primeira, o que indica, mais uma vez, o baixo índice de procedência vivenciado pela OPS, quando ré das ações propostas por seus usuários.

Tal fato indica que, em mais de 80% dos casos, os julgadores em primeira instância consideraram que a operadora de plano de saúde promoveu algum ato que merecia revisão ou mesmo anulação por parte do poder judiciário. O resultado aqui alcançado demonstra uma coerência muito grande quando comparado com o resultado obtido por Scheffer (2006) em seu estudo, em que identificou que, em 76% dos casos, a OPS figurava como Apelante, ou seja, recorrente, demonstrando que, mesmo com a diferença temporal e territorial, as OPS, na grande maioria dos casos, figura como ré ou recorrente nas demandas judiciais.

Cabe esclarecer que o termo recorrente e recorrido utilizado no formulário foram aplicados a todos os recursos, tais como, agravo de instrumento, embargo de declaração, apelação, agravo em recurso especial, agravo em recurso extraordinário, entre outros.

### 3.6 POSIÇÃO DA OPS E RESULTADO DO JULGAMENTO EM PRIMEIRA E SEGUNDA INSTÂNCIA

Duas questões constantes no formulário utilizadas para a coleta de dados dos acórdãos foram: resultado do julgamento em primeira instância e resultado do julgamento em segunda instância. O objetivo dessas questões foi o de verificar o índice de êxito ou perda da operadora de plano de saúde nas instâncias judiciais cabíveis para os casos em análise. Os resultados obtidos a partir dessa análise são demonstrados na tabela 6, a seguir.

**Tabela 6 – Resultado do julgamento em primeira instância**

	Qtd. de Acórdãos	%
Parcialmente procedente	42	9,72%
Totalmente procedente para a OPS	82	18,98%
Totalmente procedente para o usuário	308	71,30%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

As questões abordadas neste tópico tiveram o objetivo de fornecer um panorama e não o de analisar o mérito do caso, tampouco, os argumentos utilizados pelo julgador ou pelas partes. Foram analisadas três possibilidades: Parcialmente

procedente, independentemente se para o usuário ou para a OPS, em que foram identificadas 42 sentenças ou decisões interlocutórias, o que expressa 9,72% dos acórdãos analisados; Totalmente procedente para a OPS, em que não foi considerada a posição de autora ou ré, mas apenas se a sentença ou a decisão interlocutória deu procedência a favor da OPS, o que ocorreu em 82 casos, isto é, 18,98% da totalidade; Totalmente procedente para o usuário, em que foram identificados 308 casos, significando que, em 71,30% deles, a OPS foi vencida em primeira instância e os pedidos elencados pelo usuário em exordial foram procedentes.

Cabe ressaltar que, apesar de não terem sido analisadas as sentenças proferidas em primeira instância, nos acórdãos, quando do seu relatório, os desembargadores, antes de proferirem o voto e apresentarem seus argumentos, divulgaram o resultado obtido em primeira instância, o que possibilitou a análise desse quesito sem a necessidade de observância da sentença primeva.

Para uma melhor visualização das questões, os dados foram cruzados conforme apresentado no quadro 3, que mostra a posição e o resultado para a operadora de plano de saúde localizada na cidade de Juiz de Fora.

### Quadro 3 – Posição da OPS e resultado em primeira instância

		Qtd. de Acórdãos	%
Autora	Totalmente procedente para a OPS	04	0,93%
	Totalmente procedente para o usuário	01	0,23%
<b>Autora Total</b>		<b>05</b>	<b>1,16%</b>
Ré	Parcialmente procedente	42	9,72%
	Totalmente procedente para a OPS	78	18,09%
	Totalmente procedente para o usuário	305	71,03%
<b>Ré Total</b>		<b>425</b>	<b>98,38%</b>
Interessada	Totalmente procedente para o usuário	02	0,46%
<b>Interessada Total</b>		<b>02</b>	<b>0,46%</b>
<b>Total geral</b>		<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Como se verifica, a OPS atuou como autora em cinco acórdãos e, desses, a maioria foi procedente, contudo, a mesma

estava na posição de ré em 425 acórdãos e, desses, 70% foram considerados procedentes para o usuário, o que demonstra que praticamente todos os acórdãos foram favoráveis ao usuário quando a operadora se encontrava na posição de ré.

Os resultados dos julgamentos dos recursos em segunda instância identificam um padrão e os números não divergem dos obtidos em primeira instância, conforme é mostrado na tabela 7, abaixo.

**Tabela 7 – Resultado do julgamento em segunda instância**

	<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Recurso da OPS improcedente	294	68,06%
Recurso da OPS parcialmente procedente	24	5,56%
Recurso da OPS procedente	32	7,41%
Recurso do Usuário improcedente	31	7,18%
Recurso do Usuário parcialmente procedente	10	2,31%
Recurso do Usuário procedente	41	9,49%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Para essa questão, foram utilizadas mais alternativas objetivando maior detalhamento quanto à procedência ou não dos recursos interpostos pela OPS e pelo usuário. E, também, neste caso, não foram visados o mérito ou os argumentos utilizados pelas partes e pelos julgadores.

Como alternativas, foram analisadas seis opções, conforme a tabela 7. Assim, foi possível entender melhor o índice de efetividade dos recursos interpostos pelo usuário e pela operadora. A partir da análise da tabela 7, é possível verificar que em 350 acórdãos, aproximadamente, 81,03%, a OPS figurava como recorrente e, em apenas 32 casos, ou seja, 7,41% de seus recursos, foram considerados totalmente procedentes.

O quadro 4 mostra que a OPS foi recorrente em 349 acórdãos e, desses, 291 foram julgados improcedentes, 81 como recorrido, sendo 38 considerados procedentes para o usuário.

#### **Quadro 4 – Posição da operadora e resultado em segunda instância**

		<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Recorrente	Recurso da OPS improcedente	291	67,36%
	Recurso do Usuário improcedente	01	0,23%
	Recurso da OPS procedente	30	6,94%
	Recurso do Usuário procedente	03	0,69%
	Recurso da OPS parcialmente procedente	22	5,09%
	Recurso do Usuário parcialmente procedente	02	0,46%

<b>Recorrente Total</b>		<b>349</b>	<b>80,79%</b>
Recorrido	Recurso da OPS improcedente	01	0,23%
	Recurso do Usuário improcedente	30	6,94%
	Recurso da OPS procedente	02	0,46%
	Recurso do Usuário procedente	38	8,80%
	Recurso da OPS parcialmente procedente	02	0,46%
	Recurso do Usuário parcialmente procedente	08	1,85%
<b>Recorrido Total</b>		<b>81</b>	<b>18,75%</b>
Interessado	Recurso da OPS improcedente	02	0,46%
<b>Interessado Total</b>		<b>02</b>	<b>0,46%</b>
<b>Total geral</b>		<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Assim como no estudo realizado por Scheffer (2006), as decisões do TJMG, tanto em primeira quanto em segunda instância, possuem alguma uniformização quanto à procedência dos pedidos dos usuários, pois, como se verifica a partir das tabelas 6 e 7, em primeira instância, o usuário obteve 71,30% de êxito e, em segunda instância, os recursos da OPS foram, em 68,06% dos casos, julgados improcedentes, significando que a decisão em primeira instância foi mantida

e a OPS deveria fornecer o tratamento pleiteado e alcançado pelo usuário no juízo *a quo*.

Portanto, em 68,06% dos casos, os recursos da OPS foram considerados totalmente improcedentes, sendo que em mais de 60% dos casos, a operadora não teve êxito em seus pleitos, o que pode ser considerado um índice baixíssimo em vista da demanda judicializada em relação à OPS localizada na cidade de Juiz de Fora. E, ainda, quando comparado aos casos considerados procedentes para o usuário, tanto quando atuava como recorrente, tanto como recorrido, o êxito deste foi muito maior que o da OPS.

### **3.7 CORRELAÇÕES ENTRE A NEGATIVA PRATICADA PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE E A DEMANDA JUDICIALIZADA**

Neste item foram analisados dois aspectos dos casos judicializados. No primeiro, foi avaliado se houve ou não algum tipo de exclusão por parte da operadora de plano de saúde, sendo que por exclusão entende-se a negativa da OPS quando da solicitação pelo usuário de um procedimento, tratamento, medicamento, cobertura, dentre outros. Enfim, se a OPS negou ou excluiu a prestação de algum tipo de serviço para o usuário.

Cabe ressaltar que não foi analisado o contrato estabelecido entre a OPS e o usuário. A informação quanto à exclusão ou não foi extraída da leitura dos acórdãos analisados para a elaboração deste estudo. A questão analisada foi se houve alguma exclusão ou negativa de órtese, prótese, tratamento etc. pela operadora de plano de saúde. As opções de respostas utilizadas foram: sim, não e não informado.

A alternativa Não informado foi utilizada para os casos em que o acórdão foi omissivo para com esta informação, ou seja, quando não foi possível identificar pela leitura do certame se a OPS havia ou não negado ou excluído a prestação de algum serviço ao usuário. O segundo aspecto analisado foi a identificação dos principais temas e/ou demandas levados ao judiciário referentes à cobertura do plano de saúde.

Por cobertura deve-se entender o conjunto de procedimentos a que o usuário tem direito, previsto na legislação e no contrato firmado com a OPS, a qual depende de uma série de fatores, como a época de contratação do plano e o tipo de contrato firmado e cobertura assistencial contratada.

**Quadro 5 – Negativas e demandas apresentadas ao judiciário**

		<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Sim	Majoração por mudança de faixa etária	03	0,69%
	Indenização por danos morais	26	6,02%
	Manutenção das condições de plano de saúde coletivo	12	2,78%
	Ampliação da cobertura para realização de exames	21	4,86%
	Ampliação da cobertura para realização de tratamentos e/ou <i>Home care</i> e/ou liberação de medicamentos	126	29,17%
	Liberação de materiais ou procedimentos cirúrgicos	90	20,83%
	Restituição de valores gastos diante de ausência de cobertura	08	1,85%
	Reajuste contratual	02	0,46%
	Tratamento de urgência e emergência	05	1,16%
	Carência contratual não cumprida	02	0,46%
	Cobrança de valores	05	1,16%
<b>Sim Total</b>		<b>300</b>	<b>69,44%</b>

Não	Majoração por mudança de faixa etária	61	14,12%
	Indenização por danos morais	06	1,39%
	Manutenção das condições de plano de saúde coletivo	10	2,31%
	Ampliação da cobertura para realização de tratamentos e/ou <i>Home care</i> e/ou liberação de medicamentos	04	0,93%
	Liberação de materiais ou procedimentos cirúrgicos	02	0,46%
	Restituição de valores gastos diante de ausência de cobertura	02	0,46%
	Reajuste contratual	22	5,09%
	Outros	04	0,93%
	Cobrança de valores devidos	04	0,93%
<b>Não Total</b>		<b>115</b>	<b>26,62%</b>

Não informado	Majoração por mudança de faixa etária	07	1,62%
	Indenização por danos morais	02	0,46%
	Manutenção das condições de plano de saúde coletivo	01	0,23%
	Restituição de valores gastos diante de ausência de cobertura	01	0,23%
	Outros	05	1,16%
	Não informado	01	0,23%
<b>Não informado Total</b>		<b>17</b>	<b>3,94%</b>
<b>Total geral</b>		<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Como se pode verificar nesse quadro 5, a OPS excluiu ou negou o tratamento ao usuário em 69,44% dos casos, isto é, 300 casos de negativa ou inclusão dentro do universo analisado (432). Quando ocorreu a negativa ou exclusão pela OPS, os casos mais recorrentes se referiam à ampliação da cobertura para realização de tratamentos e/ou *Home care* e/ou liberação de medicamentos e também a liberação de materiais ou procedimentos cirúrgicos, representando 29,17% e 20,83%, respectivamente.

Pode-se afirmar que, em 69,44% dos acórdãos, as demandas possuem como motivação a negativa praticada pela OPS ao usuário e que 49,99% desses acórdãos possuem como motivação a negativa de tratamentos, medicamentos

e procedimentos cirúrgicos. Em contrapartida, quando não houve a negativa ou exclusão pela OPS ao usuário, os casos mais judicializados foram os referentes à majoração da mensalidade por mudança de faixa etária e o reajuste contratual, bem como, também o foram quando da alternativa Não informado.

Observa-se na tabela 8, a seguir, que as demandas referentes à cobertura citada nos acórdãos, em sua maioria, 30,09%, referiam-se à ampliação da cobertura para realização de tratamentos e de tratamentos domiciliares (*Home care*) ou, ainda, liberação de medicamentos e materiais ou procedimentos cirúrgicos, com 21,30%, seguido por majoração da mensalidade fundado em mudança de faixa etária.

Esse padrão chama atenção, pois, como bem trazido por Aluísio Gomes da Silva Junior e Maria Thereza Carolina de Souza Gouveia (2011), entre 2001 e 2004, o disque ANS<sup>12</sup> registrou que quase 34% dos casos referiam-se a reajustes abusivos e em, aproximadamente, 13% dos casos, as queixas dos usuários tratavam de negativas praticadas pelas operadoras. Como se nota, o padrão não destoava do encontrado neste estudo.

A tabela 8, a seguir, relaciona o tipo de referente à cobertura citada no acórdão.

---

12. Ferramenta disponibilizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para receber denúncia de usuários de planos de saúde, quanto a irregularidades praticadas pelas operadoras.

**Tabela 8 – Tipo de demanda referente à cobertura citada no acórdão**

	Qtd. de Acórdãos	%
Ampliação da cobertura para realização de exames	21	4,86%
Ampliação da cobertura para realização de tratamentos e/ou <i>Home care</i> e/ou liberação de medicamentos	130	30,09%
Carência contratual não cumprida	02	0,46%
Cobrança de valores devidos	09	2,08%
Indenização por danos morais	34	7,87%
Liberação de materiais ou procedimentos cirúrgicos	92	21,30%
Majoração por mudança de faixa etária	71	16,44%
Manutenção das condições de plano de saúde coletivo	23	5,32%
Não informado	01	0,23%
Outros	09	2,08%
Reajuste contratual	24	5,56%
Restituição de valores gastos diante de ausência de cobertura	11	2,55%
Tratamento de urgência e emergência	05	1,16%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Conforme os dados apresentados, é possível afirmar que a maior parte dos casos de judicialização envolvendo a OPS refere-se à liberação de tratamentos, medicamentos e ou procedimentos cirúrgicos que foram negados quando da solicitação pelo usuário.

Esse não é um padrão isolado, apresentado apenas nas demandas junto ao TJMG. Em pesquisa realizada por Maria Hildete S.C. Souza *et al.* (2007), cerca de 45,29% das demandas analisadas referiam-se ao caráter de cobertura, ou seja, as demandas ajuizadas pelos usuários referiam-se à negativa praticada pelas mesmas no intuito de obter a cobertura, o que demonstra que há indícios de que a OPS atua de maneira *contra legem* quando da liberação ou negativa dos pedidos feitos pelos usuários, ou que as decisões judiciais, por inobservância do que rege o contrato ou de leis apropriadas que tratam o tema, dão provimento ao pleito do usuário.

Afinal, caso essa conclusão não fosse possível, os números de improcedência dos recursos da OPS, tanto em primeira quanto em segunda instância, não seriam tão elevados e expressivos como demonstrado no quadro 3, tabela 7 e quadro 4.

### **3.8 RECURSOS INTERPOSTOS EM SEGUNDA INSTÂNCIA E RESULTADOS ALCANÇADOS**

Sobre os dados dos recursos em segunda instância, foram analisados: os recursos de apelação, agravo de instrumento, agravo em recurso especial, agravo em recurso extraordinário, embargos de declaração, agravo interno e embargos infringentes.

Como se verifica da leitura do quadro 6, o recurso de apelação foi responsável por 139 acórdãos e, desses, a maioria foi improcedente para a OPS, representando, com isso, 16,44% de todas as apelações interpostas em face das sentenças primevas. O segundo recurso mais utilizado foi o agravo de instrumento, responsável pela prolação de 126 acórdãos e, desses, 18,98% foram interpostos pela OPS, sendo julgados totalmente improcedentes.

O agravo de instrumento é um recurso utilizado quando da concessão de uma tutela antecipada, sendo uma decisão de mérito não terminativa, prolatada quando de um juízo de cognição sumária. O julgador de primeira instância, analisando o conteúdo probatório contido nos autos do processo e entendendo da possibilidade e da probabilidade do direito alegado na inicial pelo autor, concede, antes do final do processo, uma tutela capaz de proporcionar, de maneira antecipada, os pleitos autorais, o que no Direito Processual Civil Brasileiro é chamado de Decisão Interlocutória. Esse instrumento legal está previsto no ordenamento jurídico a partir do artigo 1.015 do Código de Processo Civil.

Tal recurso, dentre o total de acórdãos analisados, representou 29,17%, número expressivo e indicador de que grande parte das demandas propostas em face da OPS possuem em seu bojo uma forte possibilidade e probabilidade de êxito final e, devido a isso, os julgadores concedem o pleito do usuário mesmo antes da citação da OPS para se defender.

Os embargos de declaração representam 34,72% (150 acórdãos) do total analisado, sendo que desses, 84,66% (127 acórdãos) foram interpostos pela OPS e julgados totalmente improcedentes, o que demonstra cabalmente a baixa eficácia de tal via recursal, pois, em mais de 80% dos casos, esses foram julgados improcedentes. O quadro 6, a seguir, apresenta o tipo de recurso interposto em segunda instância e os resultados obtidos.

**Quadro 6 – Tipo de recurso interposto  
em segunda instância e resultados obtidos**

		<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Apelação	Recurso da OPS improcedente	71	16,44%
	Recurso do Usuário improcedente	16	3,70%
	Recurso da OPS procedente	10	2,31%
	Recurso do Usuário procedente	21	4,86%
	Recurso da OPS parcialmente procedente	13	3,01%
	Recurso do Usuário parcialmente procedente	08	1,85%
<b>Apelação Total</b>		<b>139</b>	<b>32,18%</b>

Agravos de Instrumento	Recurso da OPS improcedente	82	18,98%
	Recurso do Usuário improcedente	08	1,85%
	Recurso da OPS procedente	16	3,70%
	Recurso do Usuário procedente	15	3,47%
	Recurso da OPS parcialmente procedente	03	0,69%
	Recurso do Usuário parcialmente procedente	02	0,46%
<b>Agravo de Instrumento Total</b>		<b>126</b>	<b>29,17%</b>
Agravo em Recurso Extraordinário	Recurso da OPS improcedente	01	0,23%
<b>Agravo em Recurso Extraordinário Total</b>		<b>01</b>	<b>0,23%</b>

Embargos de Declaração	Recurso da OPS improcedente	127	29,40%
	Recurso do Usuário improcedente	06	1,39%
	Recurso da OPS procedente	05	1,16%
	Recurso do Usuário procedente	04	0,93%
	Recurso da OPS parcialmente procedente	08	1,85%
<b>ED's Total</b>		<b>150</b>	<b>34,72%</b>
Outros	Recurso da OPS improcedente	01	0,23%
	Recurso do Usuário improcedente	01	0,23%
	Recurso do Usuário procedente	01	0,23%
<b>Outros Total</b>		<b>03</b>	<b>0,69%</b>
Agravos Internos	Recurso da OPS improcedente	10	2,31%
	Recurso da OPS procedente	01	0,23%
<b>Agravos Internos Total</b>		<b>11</b>	<b>2,55%</b>

Embargo Infringente	Recurso da OPS improcedente	01	0,23%
<b>Embargo Infringente Total</b>		<b>01</b>	<b>0,23%</b>
Agravo Regimental	Recurso da OPS improcedente	01	0,23%
Agravo Regimental Total		01	0,23%
<b>Total geral</b>		<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Os embargos de declaração são utilizados quando há obscuridade, contradição e/ou omissão por parte do julgador quando da prolação de uma sentença ou acórdão, visando a correção de tais erros.

Os dados apresentados no quadro 6 mostram que em apenas nove acórdãos, ou seja, em 2,09% dos casos, essa via foi adequada para modificar a decisão combatida e que em oito acórdãos, ou seja, 1,85% dos casos, os embargos foram julgados parcialmente procedentes.

Importante deixar claro que os embargos de declaração não são a via adequada para rediscutir o mérito do julgado ou mesmo reanalisar as provas careadas aos autos pelas partes. Os embargos visam tão somente combater a contradição, obscuridade e/ou omissão e, na grande maioria dos casos, quando do reconhecimento de um ou mais desses pontos, o seu deferimento não enseja a reanálise do mérito ou mesmo a modificação da decisão tomada, mas apenas promove a

modificação da parte do acórdão eivada de vício, mantendo os efeitos da decisão.

Cabe aqui ressaltar que, quando se analisou os acórdãos referentes ao julgamento de embargos de declaração, em muitos casos, esses foram considerados como meramente protelatórios, ou seja, possuíam o escopo de apenas retardar o andamento processual, e que por assim ser, foi aplicada multa à OPS, como no julgado datado de 11/02/2017 que possui numeração única 1.0145.13.005827-7/005, conforme a ementa:

EMENTA: EMBARGOS DE DECLARAÇÃO – INEXISTÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE – DECISÃO FUNDAMENTADA – FINS DE PREQUESTIONAMENTO – NÃO ADMISSIBILIDADE – MULTA FIXADA. Os Embargos de Declaração são cabíveis, ainda que para fins de prequestionamento, somente quando há omissão, contradição ou obscuridade na sentença ou no acórdão, não se prestando à rediscussão de matéria já apreciada e decidida. Se a decisão embargada não apresenta contradição, obscuridade ou omissão, consoante o art. 535 do CPC, não devem ser acolhidos os embargos de declaração. Sendo verificado que os embargos de declaração possuem caráter manifestamente protelatório, deverá ser aplicada a multa prevista no art. 538, § único do CPC.

Os demais recursos representam parte quase insignificante em relação aos recursos de apelação, agravo de instrumento e embargos de declaração.

Outra conclusão a que se pode chegar da análise dos dados constantes do quadro 6, é que a OPS, dentro de todo o universo recursal analisado, deu causa, mediante a apresentação de recursos, à prolação de 350 dos 432 acórdãos, ou seja, mais de 80% dos recursos interpostos em face das decisões nos processos de judicialização da saúde suplementar envolvendo a OPS foram ofertados por ela nos autos. Em contrapartida, apenas 82 acórdãos foram prolatados para os recursos apresentados pelo usuário, ou seja, apenas 18% dos recursos.

Cumprе salientar que, quanto a esse ponto analisado, não foram encontrados estudos outros que permitissem uma observação comparada.

### **3.9 RESULTADOS DOS RECURSOS DA OPS E LEGISLAÇÃO APLICADA QUANDO DO JULGAMENTO**

Neste item, foram analisados os resultados dos recursos interpostos pela operadora de plano de saúde, bem como, foi verificada a principal legislação aplicada pelo magistrado para a fundamentação de sua sentença.

Para um melhor entendimento, fez-se necessário analisar separadamente alguns aspectos das decisões prolatadas. Sendo assim, no item 3.9.2 foi analisado se os recursos da OPS foram considerados improcedentes no item 3.9.3, se os recursos da OPS foram considerados procedentes e parcialmente procedentes.

### 3.9.1 LEGISLAÇÕES APLICADAS NAS DECISÕES EM SEGUNDA INSTÂNCIA: Operadora de Plano de Saúde

As legislações utilizadas pelos desembargadores para fundamentação das decisões proferidas em segunda instância, após recursos interpostos tanto pela OPS quanto pelos seus respectivos usuários, são as demonstradas na tabela 9.

**Tabela 9 – Legislação aplicada pelo  
juiz em segunda instância**

	<b>Qtd. de Acórdãos</b>	<b>%</b>
Código Civil	04	0,93%
Código de Defesa do Consumidor	88	20,37%
Código de Processo Civil	229	53,01%
Constituição Federal de 1988	27	6,25%
Lei 10. 741/2003 – Estatuto do Idoso	12	2,78%
Lei 9.656/98	71	16,44%
Outras	01	0,23%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Conforme se depreende da análise da tabela 9, é possível verificar que as legislações mais utilizadas pelo julgador quando da prolação do acórdão foram: 1<sup>a</sup> – Código de Processo Civil, 2<sup>a</sup> – Código de Defesa do Consumidor e em 3<sup>a</sup> – a Lei 9.656/98.

Cabe ressaltar que em grande parte das vezes, os julgadores se utilizam de mais de um certame legal para fundamentar suas decisões, porém, para a análise aqui realizada, foi utilizada a legislação predominante na fundamentação do acórdão para o preenchimento do formulário.

Os resultados supramencionados na tabela 9, mais uma vez, mostram semelhança com o estudo realizado por Scheffer (2006), o qual identificou que a Lei 9.656/98 não foi o certame mais utilizado para a fundamentação das decisões judiciais. Conforme observado por esse autor:

O fato de os acórdãos mencionarem mais vezes o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil, se comparados à Lei 9.656/98, indica que o Poder Judiciário não vê, na Lei dos Planos de Saúde, o principal instrumento de proteção dos direitos dos cidadãos que reclamam negação de coberturas. Mesmo entre os cinco acórdãos analisados referentes a contratos novos, assinados após a vigência da lei 9.656/98, em quatro deles o Juiz nem sequer cita esta legislação específica dos planos de saúde, para sua tomada de decisão favorável à concessão de cobertura. (SCHEFFER, 2006).

Os resultados encontrados por ALVES *et al.* (2009) também coadunam com os aqui encontrados:

Quanto às fundamentações utilizadas pelos desembargadores para justificarem a concessão ou não da tutela antecipada, o CPC foi o mais frequentemente citado, aparecendo em 66,8% das decisões (n = 408) no primeiro período e em 88,3% (n = 361) no segundo período de análise: No segundo período, o item “outras fundamentações” também foi expressivo (n = 255 ou 62,3), o que significa que os magistrados citaram referências bibliográficas, decisões julgadas anteriormente etc., ou seja, utilizaram outros recursos para fundamentar seus julgamentos. A Lei nº. 9.656/98, o CDC e a Constituição Federal de 1988 foram citados em menos de 50% das decisões em ambos os períodos. No entanto, no segundo período de estudo, tais dispositivos legais foram mais citados, em comparação com o primeiro. O pequeno percentual de decisões com citação da Lei nº. 9.656/98 pode estar relacionado ao fato de muitos processos envolverem planos antigos. No entanto, conforme mencionado anteriormente, não foi possível diferenciar quando se tratava de contratos firmados antes ou depois da vigência dessa lei. (ALVES *et al.*, 2009).

Contudo, a justificativa para a baixa utilização da Lei 9.656/98 (a de que os processos podem envolver planos antigos) realizada por Alves *et al.* (2009), não pode servir no presente estudo, pois como se verifica do quadro 1, em quase 69% dos casos aqui analisados, as demandas judicializadas envolviam planos contratados após a entrada em vigor da Lei 9.656/98.

Claramente, para os julgadores predomina o enfoque consumerista e, por meio desta vertente de pensamento, a OPS é vista como um bem de consumo (mercadoria). Da mesma forma, o processualista, quando da prolação das decisões, contribui para a sobreposição do enfoque do direito à saúde abarcado na Constituição Federal e na Lei 9.656/98.

### **3.9.2 RECURSOS DA OPS IMPROCEDENTES E LEGISLAÇÕES APLICADAS**

No presente item, consideraram-se para análise apenas os acórdãos que foram julgados e considerados improcedentes a partir de recursos apresentados pela operadora de plano de saúde. Uma vez mais, é importante ressaltar que os acórdãos não representam a quantidade de processos existentes, pois, para um mesmo processo pode-se ter mais de um acórdão. Salienta-se, entretanto, que cada acórdão representa, de maneira unitária, os recursos apresentados pela OPS.

Nesse sentido, verificou-se que dentro do universo total de acórdãos analisados, a OPS teve 294 deles declarados improcedentes, ou seja, 68,05%, significando que o índice de êxito recursal da operadora é menor que 35% como pode ser observado no quadro 7, a seguir.

### Quadro 7 – Recurso OPS Improcedente e legislação aplicada

		Qtd. de Acórdãos	%	
Recurso da OPS improcedente	Apelação	Código de Defesa do Consumidor –CDC	36	12,24%
		Constituição Federal de 1988 – CF/88	05	1,70%
		Lei 9.656/98	18	6,12%
		Outras	01	0,34%
		CPC	06	2,04%
		Lei 10. 741/2003 – Estatuto do Idoso	05	1,70%
	<b>Apelação Total</b>		<b>71</b>	<b>24,15%</b>

Recurso da OPS improcedente	Agravos de Instrumento I	Código de Defesa do Consumidor -CDC	11	3,74%
		Constituição Federal de 1988 – CF/88	11	3,74%
		Lei 9.656/98	24	8,16%
		CPC	32	10,88%
		CC	01	0,34%
		Lei 10. 741/2003 – Estatuto do Idoso	03	1,02%
	<b>Agravos de Instrumento Total</b>		<b>82</b>	<b>27,89%</b>
	Agravos em Recurso Extraordinário	Constituição Federal de 1988 – CF/88	01	0,34%
	<b>Agravos em Recurso Extraordinário Total</b>		<b>01</b>	<b>0,34%</b>
	Embargos de Declaração	Código de Defesa do Consumidor -CDC	01	0,34%
		Constituição Federal de 1988 – CF/88	01	0,34%
		Lei 9.656/98	02	0,68%
		CPC	123	41,84%
	<b>Embargos de Declaração Total</b>		<b>127</b>	<b>43,20%</b>
	Outros	CPC	01	0,34%
	<b>Outros Total</b>		<b>01</b>	<b>0,34%</b>
	Agravos Internos	Código de Defesa do Consumidor -CDC	01	0,34%
		Lei 9.656/98	02	0,68%
		CPC	07	2,38%
	<b>Agravos Internos Total</b>		<b>10</b>	<b>3,40%</b>
	Embargo Infringente	Lei 9.656/98	01	0,34%
	<b>Embargo Infringente Total</b>		<b>01</b>	<b>0,34%</b>
	Agravos Regimentais	CPC	01	0,34%
<b>Agravos Regimentais Total</b>		<b>01</b>	<b>0,34%</b>	
<b>Recurso da OPS improcedente Total</b>		<b>294</b>	<b>100,00%</b>	

Por meio da análise do quadro 7, é possível verificar que o recurso utilizado pela OPS que mais foi julgado como improcedente é o embargo de declaração, correspondendo a um total de 127 indeferimentos e, desses, 123 com fundamento no Código de Processo Civil, ou seja, claramente esse recurso foi utilizado em desconformidade com a sua natureza processualmente prevista no Código de Processo Civil, conforme explanado no tópico 3.8 deste estudo, e por assim ser, o indeferimento é a medida cabível.

Em segundo lugar, o recurso que mais foi considerado improcedente é o agravo de instrumento, sendo ele responsável por 27,89% dos casos de improcedência, fato que chama atenção, pois como se verifica no quadro 6 deste estudo, o agravo de instrumento não foi o recurso mais utilizado e, sim, o Embargo de Declaração.

Foram identificados 126 agravos de instrumento (quadro 6) e, desses, 82 foram julgados improcedentes (quadro 7), representando, assim, um indeferimento de 65,07% dos agravos de instrumentos apresentados pela OPS. Dos agravos de instrumento indeferidos, verifica-se que a legislação aplicada com maior recorrência para fundamentar a decisão do julgador é o Código de Processo Civil (CPC) – 10,88% dos casos – seguido, respectivamente, da aplicação da Lei 9.656/98 – 8,16% dos casos – e depois, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), Constituição Federal (CF), Estatuto do Idoso e, por último, o Código Civil Brasileiro (CC).

Verifica-se que o Código de Processo Civil foi utilizado para embasar a maioria dos indeferimentos dos agravos de instrumento interpostos pela OPS, o que indica que os fundamentos para a concessão da tutela antecipada – decisão alvo do agravo de instrumento – se deu fundamentada no CPC, tendo os seus requisitos básicos (*Fumus boni iuris* e

*Periculum in mora*) sido reconhecidos pelo julgador de primeira instância e confirmados pela turma do Tribunal, gerando, com isso, o indeferimento de tal recurso.

Denota-se um grande número de apelações indeferidas, totalizando 71 em 432 acórdãos e, assim, procurou-se identificar a fundamentação utilizada pelo julgador para o indeferimento das apelações apresentadas.

Como se verifica no quadro 7, a legislação mais aplicada pelo julgador quando o recurso foi a apelação, foi o Código de Defesa do Consumidor, tendo sido utilizado em 12,24% dos acórdãos prolatados que indefeririam o pleito apelatório da operadora de plano de saúde. Em seguida, vem a Lei 9.656/98 com 6,12% dos casos.

Tal fato chama atenção, pois todos os acórdãos analisados neste estudo referem-se diretamente à saúde suplementar e, por assim ser, esperava-se que as decisões sobre os casos envolvendo esse assunto fizessem menção, não em sua totalidade, mas pelo menos em sua maioria, à lei própria que trata sobre o tema.

### **3.9.3 RECURSOS DA OPERADORA PROCEDENTES E PARCIALMENTE PROCEDENTES E A LEGISLAÇÃO APLICADA**

Poucos foram os recursos impetrados pela OPS que foram julgados procedentes e parcialmente procedentes, portanto, neste item, busca-se conhecer tais recursos da OPS e as legislações que foram aplicadas pelo magistrado em seu julgamento. O quadro 8, a seguir, apresenta o resultado dos recursos utilizados pelas OPS e a legislação aplicada.

**Quadro 8 – Resultado dos recursos utilizados pelas OPS e legislação aplicada**

			<b>Total</b>	<b>%</b>
Recurso da OPS procedente	Apelação	Código de Defesa do Consumidor –CDC	01	<b>1,79%</b>
		Lei 9.656/98	03	<b>5,36%</b>
		CPC	05	<b>8,93%</b>
		CC	01	<b>1,79%</b>
	Apelação Total		10	<b>17,86%</b>
	Agravo de Instrumento	Código de Defesa do Consumidor –CDC	01	<b>1,79%</b>
		Constituição Federal de 1988 – CF/88	01	<b>1,79%</b>
		Lei 9.656/98	04	<b>7,14%</b>
		CPC	10	<b>17,86%</b>
	Agravo de Instrumento Total		16	<b>28,57%</b>
Embargos de Declaração	CPC	05	<b>8,93%</b>	
	Embargos de Declaração Total		05	<b>8,93%</b>
	Agravo Interno	CPC	01	<b>1,79%</b>
	Agravo Interno Total		01	<b>1,79%</b>
<b>Recurso da OPS procedente Total</b>			<b>32</b>	<b>57,14%</b>

Recurso da OPS parcialmente procedente=	Apelação	Código de Defesa do Consumidor –CDC	09	<b>16,07%</b>
		Lei 9.656/98	04	<b>7,14%</b>
	Apelação Total		13	<b>23,21%</b>
	Agravo de Instrumento	Código de Defesa do Consumidor –CDC	01	<b>1,79%</b>
		Constituição Federal de 1988 – CF/88	01	<b>1,79%</b>
		CPC	01	<b>1,79%</b>
	Agravo de Instrumento Total		03	<b>5,36%</b>
	Embargos de Declaração	Código de Defesa do Consumidor –CDC	01	<b>1,79%</b>
		CPC	07	<b>12,50%</b>
	Embargos de Declaração Total		08	<b>14,29%</b>
	<b>Recurso da OPS parcialmente procedente Total</b>		<b>24</b>	<b>42,86%</b>
<b>Total geral</b>		<b>56</b>	<b>100,00%</b>	

É possível verificar, a partir da análise do quadro 8, que, em um total de 56 recursos, 32, ou seja, 57,14%, foram considerados procedentes e, desses, o agravo de instrumento foi o recurso utilizado pela OPS em 16 ações, ou seja, 28,17%, em que a lei aplicada pelo julgador para fundamentar a procedência do recurso na maioria dos casos foi o Código de Processo Civil.

A apelação foi o recurso utilizado em dez ações, o que representa 17,86 pontos percentuais e a legislação aplicada em sua maioria a esses recursos foi também o Código de Processo Civil. Foram utilizados em cinco ações os embargos de declaração e em um deles o agravo interno. A lei aplicada na maioria dos casos também foi o CPC.

Dos 56 recursos apresentados pela OPS, 24 deles foram considerados parcialmente procedentes, sendo que a Apelação foi utilizada em nove casos, representando 16,07%. O Código de Defesa do Consumidor foi a legislação aplicada aos recursos. O Agravo de Instrumento foi utilizado como recurso em três casos, sendo que para esses, o juiz aplicou o CDC em um caso, a Constituição Federal em outro, e o CPC em outro recurso.

Os embargos de declaração foram utilizados pela OPS em oito casos correspondendo a 14,29%, sendo que em sua maioria a legislação aplicada foi o CPC. Em sete casos, 12,50%, e o Código de Defesa do Consumidor foi aplicado em 01 caso totalizando, 1,79%. Denota-se que a legislação mais aplicada em vista à procedência (parcial ou total), dos recursos impetrados pela OPS foi o Código de Processo Civil e não a Lei 9.656/98.

### **3.9.4 PRINCIPAL ARGUMENTO UTILIZADO PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE EM SEUS RECURSOS**

A tabela 10, a seguir, apresenta um rol de argumentos utilizados pela OPS para a fundamentação de seus recursos. Tais argumentos foram apresentados pela operadora para tentar desconstituir as alegações constantes da exordial ou da

via recursal utilizada pelo usuário quando do ajuizamento da ação ou do aviamento de um recurso.

O principal argumento utilizado pela OPS foi o de que o procedimento solicitado não estava incluído no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse argumento consta em 107 acórdãos, ou seja, em 24,77% dos casos. Em segundo lugar, o argumento apresentado foi a possibilidade de reajuste dos planos de saúde com 20,37% e, em terceiro lugar, aparece com 10,65%, o argumento de que o procedimento ou tratamento não constava do contrato celebrado entre as partes.

Cabe ressaltar que na tabela 10 estão elencados todos os acórdãos analisados neste estudo, independentemente se os argumentos foram julgados procedentes ou improcedentes. Essa informação foi extraída após a leitura do relatório prolatado pelos desembargadores quando emitiram seus votos, o que possibilitou a verificação de mais essa importante informação.

**Tabela 10 – Argumentos utilizados pela OPS nos recursos**

	<b>Qtd. acordãos</b>	
Cláusula excludente	<b>38</b>	<b>8,80%</b>
Contrato não vigente	<b>21</b>	<b>4,86%</b>
Finalidade meramente estética	<b>08</b>	<b>1,85%</b>
Hospital não credenciado	<b>09</b>	<b>2,08%</b>
Inadimplência do usuário	<b>19</b>	<b>4,40%</b>
Médico não credenciado	<b>01</b>	<b>0,23%</b>
Não e caso de urgência e emergência	<b>06</b>	<b>1,39%</b>
Não informado	<b>01</b>	<b>0,23%</b>
Outros	<b>25</b>	<b>5,79%</b>
Possibilidade de reajuste	<b>88</b>	<b>20,37%</b>
Prazo de carência não cumprido	<b>29</b>	<b>5,09%</b>
Procedimento e/ou medicamento e/ou tratamento experimental	<b>10</b>	<b>6,71%</b>
Procedimento não incluído no rol da ANS	<b>7</b>	<b>24,77%</b>
Procedimento ou tratamento não contratado	<b>46</b>	<b>10,65%</b>
Saúde como dever do Estado	<b>12</b>	<b>2,78%</b>
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

O rol da ANS possui o nome oficial de Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo elaborado e divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Trata-se de

uma lista dos procedimentos, exames, tratamentos e coberturas em caráter mínimo e obrigatório que os planos de saúde têm que fornecer aos seus usuários quando da contratação dos serviços prestados.

A observância do rol de procedimentos da ANS é obrigatória por todas as operadoras de planos de saúde após a entrada em vigor da Lei 9.656 de 1998. Esse documento é revisado a cada dois anos, sendo que a primeira revisão aconteceu em 1998, por meio da Resolução 10 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). O quadro 9, a seguir, apresenta as atualizações do rol ANS para procedimentos obrigatórios.

### **Quadro 9 – Atualizações do Rol ANS para procedimentos obrigatórios.**

<b>Atualizações do Rol ANS</b>	<b>Vigência das Resoluções</b>
Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 10/1998	04/11/1998 a 11/05/2000
Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 21/2000	12/05/2000 a 25/06/2002
Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 41/2001	14/01/2000 a 06/05/2001
Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 67/2001	07/05/2001 a 28/09/2004
Resolução Normativa – RN nº 9/2002	26/06/2002 a 05/07/2007
Resolução Normativa – RN nº 82/2004	29/09/2004 a 01/04/2008
Resolução Normativa – RN nº 154/2007	06/07/2007 a 06/06/2010
Resolução Normativa – RN nº 167/2008	02/04/2008 a 06/06/2010
Resolução Normativa – RN nº 211/2010	07/06/2010 a 31/12/2011
Resolução Normativa – RN nº 262/2011	01/01/2012 a 01/01/2014
Resolução Normativa – RN nº 338/2013	02/01/2014 a 01/01/2016
Resolução Normativa – RN nº 387/2015	02/01/2016 a 01/01/2018
Resolução Normativa – RN nº 428/2017	Desde 02/01/2018

Fonte: Portal da ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

Todas as atualizações apresentadas no rol de procedimentos deixam claro que este é exemplificativo e mínimo, isto é, procedimentos não elencados em sua lista não necessariamente são desobrigados de cobertura pelas operadoras de saúde.

O resultado aqui observado quanto à predominância da utilização do argumento de que determinado procedimento não é constante no rol da ANS para fundamentar a negativa foi singular, pois, como se verifica no estudo realizado por Scheffer (2006), o autor identificou que, em 59,60% dos casos, o argumento da operadora para negativas foram: existência de cláusula excludente (17,55%), caso de doença preexistente (9,8%), médico ou hospital não credenciados (6,5%), não se trata de relação de consumo (2,8%), saúde como dever do Estado (1,8%), procedimento não constante do rol AMB (1,5%), finalidade meramente estética (0,4%), inadimplência (0,1%) e, por último, procedimento não incluído no rol da ANS.

A OPS analisada se vale dessa argumentação, alegando que a não previsão dos procedimentos no rol apresentado pela ANS torna a sua solicitação passível de negativa. Tal argumento é matéria vencida e sedimentada em inúmeros julgados, no entanto, a OPS insiste em utilizá-lo inúmeras vezes, como demonstrado na tabela 10.

### **3.10 RESULTADOS E LEGISLAÇÃO APLICADA AOS RECURSOS DO USUÁRIO**

O presente item analisa o resultado do recurso interposto pelo usuário, bem como, verifica a principal legislação aplicada em sua fundamentação. Para uma abordagem mais

didática, fez-se necessária a análise isolada de alguns aspectos das decisões proferidas. Assim, no item 3.10.1, foram analisados os recursos do usuário que foram considerados improcedentes e, no item 3.10.2, os recursos do usuário que foram considerados procedentes e parcialmente procedentes.

### **3.10.1 RECURSOS DO USUÁRIO IMPROCEDENTES E LEGISLAÇÕES APLICADAS**

Poucos recursos foram impetrados pelo usuário em face das decisões proferidas e menor ainda foi a quantidade de recursos julgados improcedentes nesse caso. Dentre os 432 acórdãos, apenas 31 deles, ou 7,18% foram considerados improcedentes. O quadro 10, abaixo, apresenta os tipos de recurso do usuário considerados improcedentes e a legislação aplicada.

### Quadro 10 – Recurso do usuário improcedente e legislação aplicada

			Qtd. de acórdãos	%
Recurso do usuário improcedente	Apelação	Código de Defesa do Consumidor -CDC	01	3,23%
		Lei 9.656/98	06	19,35%
		CPC	09	29,03%
	<b>Apelação Total</b>		<b>16</b>	<b>51,61%</b>
	Agravos de Instrumento	Lei 9.656/98	02	6,45%
		CPC	06	19,35%
	<b>Agravos de Instrumento Total</b>		<b>08</b>	<b>25,81%</b>
	Embargos de Declaração	Constituição Federal de 1988 – CF/88	01	3,23%
		CPC	05	16,13%
	<b>Embargos de Declaração Total</b>		<b>06</b>	<b>19,35%</b>
	Outros	CPC	01	3,23%
<b>Outros Total</b>		<b>01</b>	<b>3,23%</b>	
<b>Recurso do Usuário improcedente Total</b>			<b>31</b>	<b>100,00%</b>

O quadro 10 revela que a apelação foi o principal recurso utilizado pelo usuário e a principal legislação aplicada pelo magistrado diante desses recursos foi o CPC, sendo nove casos, o que corresponde a 29,03%. Em segundo lugar, aparece

o agravo de instrumento com oito casos e a principal legislação aplicada também foi o CPC, em cinco casos (16,13%).

O que chama atenção é que a Lei 9.656/98 foi utilizada como argumento principal em apenas seis casos, quando do julgamento de apelação, e em dois casos, em julgamento de agravo de instrumento. Isto é, em apenas 19,35% e 6,45%, respectivamente, a lei que rege as relações entre usuário e operadora foi utilizada para fundamentá-las.

Novamente, o Código de Processo Civil foi utilizado para a fundamentação dos julgados pelos desembargadores, fato esse que requer a atenção porque pode indicar dois fatores preocupantes: o primeiro supõe que os julgadores não conhecem o ditame legal que rege as interações entre usuário e operadora e, com isso, não se sentem seguros para utilizá-lo como fundamento; o segundo sugere que os representantes legais, tanto do usuário quanto da OPS, não se utilizam das ferramentas processuais adequadas a cada caso. Essa constatação, embora importante, precisa de uma análise mais aprofundada em outro estudo, dado que enseja em um julgamento técnico e não baseado em evidências.

### **3.10.2 RECURSOS DO USUÁRIO PROCEDENTES E PARCIALMENTE PROCEDENTES E A LEGISLAÇÃO APLICADA**

Dos 432 acórdãos, 51 foram considerados pelos magistrados como procedentes e parcialmente procedentes. Desses 51 acórdãos, 41 foram considerados procedentes e dez parcialmente procedentes (19,61%), sendo que a apelação foi o principal recurso utilizado, conforme se depreende da análise do quadro 11, a seguir.

O Código de Defesa do Consumidor foi a principal legislação aplicada pelo magistrado em suas decisões e, em apenas dois casos, o julgador se utilizou da Lei 9.656/98 como argumento principal.

**Quadro 11 – Recurso do Usuário procedente e parcialmente procedente, recurso utilizado e legislação aplicada**

		Qtd. de acórdãos	%	
Recurso do usuário procedente	Apelação	Código de Defesa do Consumidor	12	23,53%
		Constituição Federal de 1988 – CF/88	03	5,88%
		Lei 9.656/98	02	3,92%
		CPC	01	1,96%
		CC	02	3,92%
		Lei 10. 741/2003 – Estatuto do Idoso	01	1,96%
	<b>Apelação Total</b>		<b>21</b>	<b>41,18%</b>
	Agravo de Instrumento	Código de Defesa do Consumidor	07	13,73%
		Constituição Federal de 1988 – CF/88	03	5,88%
		CPC	04	7,84%
		Lei 10. 741/2003 – Estatuto do Idoso	01	1,96%
	<b>Agravo de instrumento Total</b>		<b>15</b>	<b>29,41%</b>
	Embargos de Declaração	CPC	04	7,84%
	<b>Embargos de Declaração Total</b>		<b>04</b>	<b>7,84%</b>
	Outros	Código de Defesa do Consumidor -CDC	01	1,96%
	<b>Outros Total</b>		<b>01</b>	<b>1,96%</b>
	<b>Recurso do usuário procedente Total</b>		<b>41</b>	<b>80,39%</b>

Recurso do usuário parcialmente procedente	Apelação	Código de Defesa do Consumidor -CDC	05	<b>9,80%</b>
		Lei 9.656/98	02	<b>3,92%</b>
		Lei 10. 741/2003 – Estatuto do Idoso	01	<b>1,96%</b>
	<b>Apelação Total</b>		<b>08</b>	<b>15,69%</b>
	Agravos de Instrumento	Lei 9.656/98	01	<b>1,96%</b>
		Lei 10. 741/2003 – Estatuto do Idoso	01	<b>1,96%</b>
<b>Agravos de Instrumento Total</b>		<b>02</b>	<b>3,92%</b>	
<b>Recurso do usuário parcialmente procedente Total</b>			<b>10</b>	<b>19,61%</b>
<b>Total geral</b>			<b>51</b>	<b>100,00%</b>

Ao contrário do ocorrido com os recursos apresentados pela OPS, os julgadores, quando prolataram as decisões para os recursos apresentados pelo Usuário, utilizaram-se, predominantemente, do Código de Defesa do Consumidor como fundamento principal e não do Código de Processo Civil, como demonstrado no quadro 10.

E, como se verifica do julgado que se segue, é entendimento sedimentado no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, bem como, no Superior Tribunal de Justiça que, aos contratos de plano de saúde, aplicam-se o Código de Defesa do Consumidor.

EMENTA: APELAÇÃO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS – MEDICAMENTO PARA QUIMIO-TERAPIA – TRATAMENTO EXPERIMENTAL – IMPRESCINDIBILIDADE, NECESSIDADE – DIREITO CONSTITUCIONAL

À SAÚDE – CLÁUSULA CONTRATUAL ABUSIVA – CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Embora o medicamento não esteja previsto na resolução normativa da ANS e ainda não regulamentado, isso não se revela como fato impeditivo ao deferimento da pretensão da parte autora, tendo em vista que a vida e a saúde são direitos fundamentais, que se sobrepõem a qualquer entrave burocrático e financeiro. A incidência do Código de Defesa do Consumidor, no presente caso, é medida que se impõe, eis que a relação de consumo fundamenta-se no conceito de hipossuficiência do consumidor, evidentes nos contratos por adesão, como é o presente, principalmente quando a questão envolvida refere-se os planos de saúde. Diante as considerações médicas e os possíveis riscos inerentes à saúde e à vida da apelada revela-se irretocável a sentença do douto juiz. APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0000.17.005872-1/001 – COMARCA DE JUIZ DE FORA – APELANTE: UNIMED JUIZ DE FORA COOP DE TRABALHO MÉDICO LTDA – APELADO: MARCO ANTONIO NASCIMENTO DE REZENDE.

O quadro 11 mostra que a lei dos planos de saúde (Lei 9.656/98) foi utilizada pouquíssimas vezes para a fundamentação dos acórdãos prolatados pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, portanto, tal constatação indica que os julgadores não conhecem ou não querem utilizar o certame para fundamentar suas decisões.

Tal fato não é observado apenas neste estudo, mas também em pesquisa realizada por Alves *et al.* (2015) sobre saúde suplementar no Distrito Federal, em que, de 14 julgamentos realizados pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, apenas três foram fundamentados na Lei 9.656/98, havendo uma predominância da utilização do Código de Defesa do Consumidor, o que coaduna com os resultados aqui alcançados.

Quando do julgamento do recurso de apelação pelo TJMG, conforme o quadro 11, verifica-se que, em apenas dois casos, a Lei 9.656/98 foi utilizada, havendo também uma predominância da utilização do CDC seguido pela CF/88.

### **3.11 RECURSOS DA OPERADORA VERSUS RECURSOS DO USUÁRIO**

A tabela 11, abaixo, apresenta quantitativamente os recursos da OPS *versus* recursos dos usuários. Os dados qualitativos desses recursos já foram apresentados em tabelas anteriores, mas o que se destaca nesta tabela é a quantidade de recursos impetrados pela OPS, sendo 81,02% *versus* o total de recursos impetrados pelos usuários, 18,98%.

**Tabela 11 – Quantidade total de recursos da OPS x quantidade total de recursos do usuário**

	Qtd. de acórdãos	%
Recurso da OPS improcedente	294	68,06%
Recurso da OPS parcialmente procedente	24	5,56%
Recurso da OPS procedente	32	7,41%
<b>Total de Recursos da OPS</b>	<b>350</b>	<b>81,02%</b>
Recurso do Usuário improcedente	31	7,18%
Recurso do Usuário parcialmente procedente	10	2,31%
Recurso do Usuário procedente	41	9,49%
<b>Total de Recursos do Usuário</b>	<b>82</b>	<b>18,98%</b>
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Nesse caso, observa-se que o percentual de recursos considerados procedentes, tanto para a OPS quanto para usuários, foi de 7,41% e 9,49%, respectivamente. Esses percentuais podem ser considerados baixos se analisados isoladamente, mas quando se leva em conta a quantidade total de recursos apresentados pela OPS e a quantidade total de recursos apresentados pelo usuário, esses números tomam proporções significantes.

A quantidade de recursos considerados procedentes para os usuários é quase igual à quantidade de recursos

considerados procedentes para a OPS, quando a observação é de um ponto focal isolado. Levando-se em conta o número global de recursos apresentados pela OPS (350) e o número total de recursos apresentados pelo usuário (82), os percentuais de 7,41% e 9,49% de procedência, respectivamente, parecem ser inexplicáveis, tendo em vista o percentual de perdas de recursos pela OPS em face da perda pelo usuário.

Entretanto, se considerarmos o total de recursos apresentados pela OPS (350) como sendo 100% dos casos, os 32 recursos que foram considerados procedentes representam o percentual de 9,14%. Valendo-se da mesma lógica, considerando os 82 recursos apresentados pelos usuários como 100% dos casos em relação aos 41 recursos que foram considerados procedentes, obtém-se 50%, dos recursos considerados como procedentes para o usuário.

No que se refere aos casos de improcedência, uma análise como a realizada acima se faz desnecessária, pois como se verifica, foram 294 recursos considerados improcedentes para a OPS, em face de 31 recursos considerados improcedentes para o usuário. Os casos de parcial procedência também se assemelham.

Portanto, ao se levar em conta o número global de recursos de cada uma das partes, os recursos do usuário considerados de parcial procedência possuem um percentual muito superior aos recursos da OPS considerados parcialmente procedentes. Como se observa, a procedência recursal para o usuário é muito superior à procedência recursal da operadora de plano de saúde.

### 3.12 FUNDAMENTOS DA DECISÃO DE MÉRITO DO TRIBUNAL

A tabela 12, a seguir, mostra as fundamentações utilizadas pelos desembargadores em todos os acórdãos, independentemente do tipo de recurso utilizados pelas partes. O CPC foi utilizado como fundamento principal para as decisões em 53,01% dos casos. Em segundo lugar, o CDC, com 20,37% dos casos, e a Lei 9.656/98 foi utilizada em 16,44% dos casos.

**Tabela 12 – Legislação mais aplicada  
na fundamentação do acórdão**

	Qtd. de acórdãos	%
Código Civil	04	0,93%
Código de Defesa do Consumidor	88	20,37%
Código de Processo Civil	229	53,01%
Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988	27	6,25%
Lei 10. 741/2003 – Estatuto do Idoso	12	2,78%
Lei 9.656/98	71	16,44%
Outras	01	0,23%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Neste momento do estudo, os resultados alcançados diferem dos resultados obtidos por Scheffer (2006), a não ser em um ponto: a utilização da Lei 9.656/98. Como se verifica

na tabela 12 acima, os julgadores utilizaram a referida lei em 16,44% dos casos, enquanto no estudo de Scheffer (2006), a utilização da lei foi em 10% dos casos, valor não muito diferente do obtido no presente livro.

### **3.13 ACÓRDÃOS PAUTADOS NA JURISPRUDÊNCIA DO TJMG, SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA E SUPERIOR TRIBUNAL FEDERAL**

A tabela 13, abaixo, mostra que em sua grande maioria (97,22%), as decisões foram pautadas em jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Isso significa que foram utilizados julgados de várias câmaras diferentes do mesmo Tribunal para fundamentar os votos dos desembargadores.

**Tabela 13 – Acórdão pautado  
na jurisprudência do TJMG**

	Qtd. de acórdãos	%
Não	05	<b>1,16%</b>
Não informado	07	<b>1,62%</b>
Sim	420	<b>97,22%</b>
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Isso demonstra que o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais possui uma cultura fundada nos precedentes, mediante a qual se utiliza de julgados da própria corte para fundamentar as decisões novas prolatadas para casos análogos.

Por um lado, tal prática é saudável, sendo também adotada pelo novo Código de Processo Civil, o que contribui para uma divergência muito baixa entre julgados diferentes a casos semelhantes. Por outro lado, os acórdãos novos fundados em julgados antigos podem não ser tão saudáveis assim, afinal, utilizar-se de entendimentos anteriores enseja em acomodação e não em inovação. E, pelo fato de serem aqui analisados casos que envolvem a saúde, a análise minuciosa de cada caso pelo julgador antes de proferir a decisão é fundamental.

A tabela 14, a seguir, permite verificar se os acórdãos prolatados pelos julgadores em segunda instância fundamentaram seus entendimentos na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e no Superior Tribunal Federal.

**Tabela 14 – Acórdão pautado  
na jurisprudência do STJ e STF**

	<b>Qtd. de acórdãos</b>	<b>%</b>
Não	05	<b>1,16%</b>
Não informado	07	<b>1,62%</b>
Sim	420	<b>97,22%</b>
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Como se depreende da análise deste item do estudo, os números encontrados foram idênticos aos números mostrados na tabela 13, demonstrando que, em quase 100% dos casos, os Desembargadores, quando prolataram seus votos, bem como, consolidaram o acórdão, seguiam o entendimento das cortes superiores para os assuntos em debate.

Por meio desses dados, pode-se concluir que o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais utiliza-se dos precedentes na maioria dos casos quando julgam novos casos, fornecendo com isso uma baixíssima divergência de entendimento entre as Câmaras julgadoras, bem como, entre a segunda instância (TJMG) e os Tribunais Superiores (STJ e STF).

### **3.14 ACÓRDÃOS FUNDAMENTADOS NA RECOMENDAÇÃO 36 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**

Como descrito anteriormente, a recomendação 36 do CNJ traça diretrizes aos Tribunais referentes às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde suplementar, bem como, determina que os Tribunais adotem medidas para fomentar os julgamentos desses casos, quando da tomada de suas decisões.

A tabela 15, a seguir, demonstra que o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, em apenas três acórdãos (menos de 1% dos casos), utilizou a recomendação 36 do Conselho Nacional de Justiça ou as ferramentas criadas pelo tribunal após essa recomendação, para fundamentar e auxiliar suas decisões.

**Tabela 15 – Acórdãos fundados  
na recomendação 36 do CNJ**

	Qtd. de acórdãos	%
Não	163	37,73%
Não informado	06	1,39%
Não se aplica ao caso	260	60,19%
Sim	03	0,69%
<b>Total geral</b>	<b>432</b>	<b>100,00%</b>

Na tabela 15 constam mais três alternativas: Não, quando o Tribunal de fato não utilizou em sua fundamentação qualquer ferramenta criada após a aprovação da recomendação 36 do CNJ; Não informado, alternativa utilizada para os casos em que seria necessária a utilização das ferramentas criadas pela recomendação 36 do CNJ, mas que, pela leitura do certame não foi possível extrair se houve ou não a sua efetiva utilização; Não se aplica ao caso, alternativa utilizada como aplicável àqueles casos em que o acórdão tratava de matérias sobre as quais não seria necessária a aplicação das ferramentas criadas pela resolução 36, tais como, aumento de mensalidade, recursos de embargos de declaração e outros.

Com isso, levando-se em conta os casos em que a recomendação 36 ou as ferramentas criadas por ela deveriam ser aplicadas direta ou indiretamente, tem-se as alternativas Sim e Não e que perfazem um total de 168 acórdãos.

Constatou-se que dos 168 acórdãos analisados, em apenas 1,8%, o Tribunal utilizou alguma das ferramentas criadas após a recomendação 36 do CNJ. Em contrapartida,

em aproximadamente 98% dos casos, o TJMG ignorou por completo a recomendação 36 do CNJ e suas ferramentas, utilizando-se de meios outros para fundamentar suas decisões, inclusive, para os casos em que as notas técnicas, bem como, os pareceres constantes do banco de dados do NAT-Jus poderiam auxiliar o julgador em sua fundamentação.

Tal constatação (a não utilização pelo TJMG da resolução 36 do CNJ), mais uma vez, não é exclusiva do presente estudo, mas observada também no trabalho de Alves *et al.* (2015):

Com relação à fundamentação jurídica utilizada nas decisões judiciais, a grande surpresa foi a total ausência de referência nos julgados de 2ª instância de qualquer normativa emitida pela ANS. Uma vez que esse é o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar, natural seria a citação de suas normativas na resolução de contendas judiciais.

Ademais, a Recomendação no 36/2011 expedida pelo Conselho Nacional de Justiça dispõe sobre a formação e o aperfeiçoamento do magistrado através da realização de estudos e seminários sobre o tema, congregando também membros do Ministério Público e das operadoras de planos de saúde. Formalmente os julgadores não podem alegar o desconhecimento da regulamentação expedida pela ANS, não obstante, a falta de citação das mesmas nos julgados pode levar a interpretação de que em verdade existe esse desconhecimento. (ALVES *et al.*, 2015).

Casos concretos da área de Saúde em que se discute a efetividade ou não de um tratamento, bem como, a possibilidade ou não de uma cirurgia ou procedimento, possuem características específicas de outra área, na qual os Julgadores não possuem capacidade técnica para decidir de plano quanto a sua viabilidade ou não.

Como visto no item 1.3.1 e pode se ver no anexo I deste estudo, a recomendação 36 do Conselho Nacional de Justiça em seu preâmbulo traz:

Recomendações aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas envolvendo a assistência à saúde suplementar.

Seguindo essa recomendação, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais conta com o auxílio do NAT-Jus criado pela portaria conjunta nº 643/PR/2017, publicada em 06/06/2017, por meio da qual são emitidas notas técnicas e parecer técnico-científico na área da saúde. Atualmente, a biblioteca digital do TJMG do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário conta com 730 respostas, 485 notas e 34 pareceres técnicos, todos eles em acordo com a recomendação 36 do Conselho Nacional de Justiça.

O índice de aplicabilidade das medidas determinadas pela resolução 36 do CNJ pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais é tão baixo que permite aqui afirmar, com exatidão, em quais casos dentro dos 432 acórdãos foram de

fato utilizadas: 1.0000.16.093440-2; 1.0000.17.004185-9 e 1.0145.15.003244-2.

Outro fator que certamente contribui para com a baixa utilização dos NAT-Jus pelo TJMG decorre de sua recente criação. Apesar de o CNJ ter recomendado a criação de medidas de auxílio aos julgadores no ano de 2011, somente em 2017 é que o TJMG a cumpriu por meio da portaria conjunta 643/PR/2017 e que o Tribunal regulamentou a criação e instalação dos NAT-Jus.

Nesse viés, é possível concluir que o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais se utiliza de maneira ínfima das recomendações do CNJ e, conseqüentemente, das resoluções da ANS para os julgamentos de causas envolvendo o tema saúde. De maneira preponderante, utiliza-se de julgamentos baseados em jurisprudências do próprio Tribunal e dos Tribunais Superiores, porém, não se utiliza do julgamento baseado em evidências, pelo qual seria indispensável a observância das notas técnicas elaboradas pelos profissionais competentes sobre o assunto. Quando se trata de casos que envolvem matéria tão complexa, certamente a utilização dos PTC's e NT's poderia auxiliar os julgadores na promoção da pacificação social.

### **3.15 SÍNTESE DOS RESULTADOS**

Por meio da metodologia utilizada, um estudo de caso em que se realizou análise qualitativa, quantitativa e descritiva de 432 acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) no período de 12 de junho de 2012 a 1º de outubro de 2017, foi possível chegar às principais conclusões:

1. Em primeira instância, a OPS se encontrava como ré em 425 acórdãos (98,38%) e como autora em 1,16% dos casos. Consta das análises que o resultado dos julgamentos em primeira instância foi em sua maioria (71,30%) totalmente procedente para o usuário e somente 18,90% procedente à OPS.
2. Os três principais motivos alegados pelos usuários para recorrer ao poder judiciário mediante a negativa praticada pela OPS referiam-se à ampliação de cobertura com liberação de *Home care* e medicamentos (27,17%), liberação de materiais e procedimentos cirúrgicos (20,83%) e majoração de mensalidade por mudança de faixa etária (16,44%).
3. Os principais argumentos utilizados pela OPS para fundamentar e justificar suas negativas às solicitações dos usuários, mediante a apresentação de recursos, foram: 1º – procedimento não incluído no rol da ANS (24,77%); 2º – possibilidade de reajuste das mensalidades do plano de saúde (20,37%) e 3º – procedimento ou tratamento não contratado (10,65%).
4. As justificativas apresentadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, quando da leitura do relatório do *decisum* prolatado pelos desembargadores para o não provimento dos recursos da OPS em segunda instância, basearam-se na observância da lista de doenças da ANS para cobertura mínima de procedimentos, afirmando que, apesar de um tratamento não constar expressamente no rol fornecido pela

ANS, deveria ser prestado ao usuário, pois tal rol é exemplificativo e não taxativo, bem como, mínimo e não máximo.

5. Em 80,79% dos casos (tabela 5), a OPS recorreu à segunda instância, sendo que em 68,06% deles (tabela 7) o recurso foi considerado improcedente. A apelação foi utilizada em 71 acórdãos e a maioria (24,15%) foi julgada improcedente. Para esse recurso, os magistrados utilizaram, majoritariamente, o Código de Defesa do Consumidor para embasar suas decisões (quadro 7).
6. Em 82 acórdãos foi utilizado, como recurso pela OPS o agravo de instrumento, com aproximadamente 27,89% de insucesso (quadro 7), sendo que outros tipos de recursos também não lograram êxito. Para o agravo de instrumento, na maioria das vezes, foi utilizado o Código de Processo Civil como fundamento principal dos acórdãos.
7. Em 127 acórdãos foram utilizados pela OPS os embargos de declaração com, aproximadamente, 28% de insucesso. Nesse caso, também foi utilizado o Código de Processo Civil como principal embasamento legal (quadro 7).
8. As legislações utilizadas pelos julgadores para o não provimento dos recursos da OPS, em sua maioria, foram baseadas no Código de Processo Civil, seguido pelo Código de Defesa do Consumidor (quadro 7).

9. Quando os recursos foram considerados procedentes, a OPS utilizou, na maioria das vezes, o agravo de instrumento em 16 acórdãos, o que corresponde a 28,57% dos casos (quadro 8) e o magistrado utilizou o Código de Processo Civil para fundamentar suas decisões.
  
10. Quando considerados parcialmente procedentes, a OPS obteve maior êxito utilizando-se do recurso de apelação, que foi assim julgado em 13 acórdãos. Para esses casos, o magistrado fundamentou seus argumentos, na maioria das vezes, nove casos, no Código de Defesa do Consumidor. Em apenas quatro casos o julgador utilizou a Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 como fundamento principal para o julgamento parcialmente procedente dos recursos da OPS (quadro 8).
  
11. Considerando-se o número total de recursos da OPS como sendo 349, conforme a tabela 5, os quatro casos de procedência e parcial procedência, nos quais os julgadores se utilizaram da Lei dos planos de saúde (9.656/98) como fundamento principal de seus julgados, tem-se uma representatividade de 2% para com a utilização do certame legal que rege as relações entre usuário e seguradora.
  
12. Quando os recursos dos usuários eram considerados improcedentes, o que ocorreu na minoria dos casos, o usuário fez uso dos seguintes recursos: apelação (51,61%); agravo de instrumento (25,81%); embargos de declaração (19,35%). A legislação mais aplicada pelo magistrado nesses casos foi o Código de

Processo Civil com 29,03; 19,35 e 3,23 pontos percentuais, respectivamente, conforme o quadro 10.

13. Considerando-se os recursos procedentes dos usuários, verifica-se que na maioria dos casos, foi a apelação o recurso utilizado e a lei que o magistrado mais fez uso como fundamento norteador foi o Código de Defesa do Consumidor, com 25,53% dos casos.
14. Quando o recurso do usuário foi considerado parcialmente procedente, ficou claro que foi utilizada a apelação e a legislação para a fundamentação principal do acórdão foi novamente o Código de Defesa do Consumidor com 9,80% dos casos, conforme quadro 11.
15. Analisando o total de acórdãos (432), verificou-se que 97,22% das decisões foram pautadas na Jurisprudência do próprio Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF).
16. Observou-se que, em menos de 1% dos casos, foi utilizada a recomendação 36 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) ou os mecanismos por ela criados para o auxílio das decisões em casos envolvendo a saúde suplementar.
17. Em pouquíssimos casos, a OPS figura como autora e, nesses, a demanda por ela proposta referia-se unicamente à cobrança de mensalidades em atraso

(inadimplência do usuário). Em sua grande maioria (98,38%), a OPS figurou como ré em primeira instância e como recorrente em segunda instância (80,79%), o que deixa claro que o êxito no juízo *a quo* bem como no juízo *ad quem* é insignificante em vista da demanda observada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste livro, procurou-se identificar e expor a problemática da judicialização da saúde suplementar, especificamente em face de uma operadora de plano de saúde localizada na cidade de Juiz de Fora no Estado de Minas Gerais.

Iniciou-se o livro citando que na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 são identificados dois sistemas de saúde no ordenamento jurídico pátrio: o sistema público, de acesso universal e gratuito, e o sistema privado, de caráter supletivo.

O sistema privado de saúde, por sua vez, tem como fundamento o artigo 199 da Constituição da República Federativa do Brasil, que diz, expressamente, ser a assistência à saúde livre à iniciativa privada. As operadoras de planos privados de assistência à saúde realizam suas atividades econômicas e são submetidas ao controle e fiscalização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criada no ano de 2000, pela Lei nº 9.961.

Descreveu-se sobre a criação, em 2004, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e suas atribuições e recomendações sobre o tema saúde, mais especificamente quanto à recomendação 36, que traça diretrizes aos Tribunais em

relação à adoção de medidas visando subsidiar os magistrados quando da prolação de suas decisões em temas envolvendo a saúde suplementar.

O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais possui em sua estrutura os mecanismos provenientes da recomendação 36 do CNJ, contudo, estes raramente são utilizados, pois conforme relatado, em menos de 1% dos casos, os Desembargadores fizeram uso dessas ferramentas em vista a prolação do *decisum*. Com tal representatividade, não seria plausível afirmar que o TJMG faz uso constante e adequado do NAT-Jus, PTC's e NT's em suas decisões envolvendo a saúde suplementar.

Realizou-se análise qualitativa, quantitativa e descritiva de 432 acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) no período de 12 de junho de 2012 a 1º de outubro de 2017. Ante as análises realizadas, pode-se concluir que a judicialização da Saúde tem aumentado exponencialmente desde a entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde – LPS (Lei nº 9.656 de 1998), o que foi demonstrado com os dados da pesquisa.

Na tentativa de atingir os objetivos do estudo, observou-se que a grande demanda judicial é causada por três fatores principais: insatisfação dos usuários com a prestação de serviços, forma de atuação da própria operadora de plano de saúde e pelas decisões judiciais.

Os usuários de plano de saúde, inegavelmente, são consumidores e, como tal, tornam-se titulares dos direitos previstos no Código de Defesa do Consumidor (CDC). Nesse sentido, eles devem ser informados, quando da contratação dos planos, sobre seus direitos e deveres, o que deve abarcar, entre outras, informações sobre os procedimentos cobertos, a forma para solicitar procedimentos e consultas e a forma para reclamar seus direitos perante a própria operadora.

Entretanto, o que tem ocorrido é que quando o usuário requer algum procedimento e isso lhe é negado, ele recorre diretamente ao poder judiciário em busca de um suposto direito que poderá ou não ser confirmado pelo judiciário. Dessa forma, como os usuários de plano de saúde são consumidores, a Lei prevê a aplicação do CDC de forma subsidiária. Ademais, a Lei dos Planos de Saúde obrigou as OPS a cobrirem qualquer necessidade imperiosa e urgente na qual se encontra o usuário.

Ao analisar a letra fria da lei, alguns magistrados têm assumido a tendência de decidir a favor dos usuários, sem levar em conta que não há retroatividade prevista na LPS quanto aos contratos antigos. Ao assim proceder, fica demonstrada a clara limitação do alcance da Lei 9.656/98, sugerindo que o aparato legislativo necessita de uma revisão a partir da atuação mais representativa do Poder Legislativo na normatização, bem como, da Agência controladora para com a fiscalização e efetivação do cumprimento da Lei pelas OPS, pelos usuários e também pelo judiciário quando chamado a intervir.

Os dados apresentados mostram que as ações ajuizadas pelos usuários em face da OPS são predominantemente propostas de maneira individual por usuários insatisfeitos, em sua maioria, com as negativas de tratamentos, falta de cobertura com liberação de *Home care* e medicamentos e a não liberação de materiais e procedimentos cirúrgicos, seguidos por reajuste das mensalidades e/ou com a majoração destas pela mudança de faixa etária.

Ao ajuizar suas solicitações, e quando insatisfeitos com as decisões de primeiro grau, os usuários se utilizavam dos recursos de apelação; agravo de instrumento e embargos de declaração, na maioria das vezes, e a legislação mais aplicada

pelo magistrado para fundamentação foi o Código de Processo Civil. Nos julgamentos em primeira instância, os juízes têm-se utilizado dos artigos da Lei Consumerista e, muitas vezes, decidem em favor dos usuários ilimitadamente, sem analisar a irretroatividade da LPS quanto aos contratos antigos, ou mesmo concedendo a ampliação de cobertura e ou tratamentos expressamente excluídos da cobertura contratual.

Os planos de saúde, por sua vez, deveriam oferecer ao usuário uma completa e clara informação, abrangendo, em especial, o exato motivo da negativa (apontando-se, quando possível, a cláusula do contrato ou o dispositivo de lei que sustenta a negativa). Todas as informações referentes ao plano devem ser fornecidas de forma precisa, clara, completa e coesa.

Nesse sentido, a OPS não se utiliza das ferramentas adequadas para prevenir a judicialização e, quando ela ocorre, não se utiliza de recursos próprios, pertinentes e específicos a cada caso, capazes de combater com propriedade as alegações dos usuários e/ou mesmo as decisões judiciais prolatadas, alvo da contestação recursal apresentada.

O que se pode verificar da análise dos acórdãos foi que, muitas vezes, os recursos apresentados pela OPS são vagos, abstratos e pouco fundamentados, não fazendo menções diretas ao tema em deslinde, ou ainda que, a OPS “prefere” defender-se em juízo a utilizar-se da via extrajudicial para prevenção ou resolução de conflitos.

Ao analisar os dados, constatou-se que as OPS, em atitude passiva, na maioria das vezes, figurou como ré em primeira instância e como recorrente em segunda instância, o que deixa claro que o êxito no juízo *a quo* bem como no juízo *ad quem* é insignificante em vista a demanda observada. Quando atuou como autora, o que ocorreu em pouquíssimos casos, a

demanda por ela proposta referia-se unicamente à cobrança de mensalidades em atraso (inadimplência do usuário).

Observou-se, ainda, que os grandes focos das ações impetradas pelos usuários se referiam, como já mencionado, às negativas de solicitação de procedimentos e a reajustes de mensalidade. Os principais argumentos utilizados pela OPS para fundamentar sua defesa e justificar suas negativas às solicitações dos usuários foram: os procedimentos solicitados não estavam incluídos no rol da ANS; a possibilidade de reajuste das mensalidades do plano de saúde era possível e devida; e os procedimentos ou tratamentos não constavam do contrato firmado.

Tais atitudes demonstram que a OPS em suas argumentações tem reduzido a saúde à condição de mercadoria, sem ao menos tentar entender que tais solicitações se tratam de necessidade de saúde e não uma mera discussão contratual de um produto a ser entregue ao consumidor.

Nesse sentido, parece não ser suficiente a regulação da saúde suplementar e a criação de Agências Reguladoras para o setor a fim de estancar ou minimizar o aumento de demandas judiciais envolvendo os serviços de saúde suplementar.

Verificou-se que as negativas promovidas pelas OPS em relação às solicitações feitas pelo usuário são quase que inteiramente revertidas pelo poder judiciário quando o usuário recorre a esta via, indicando que a prática operacional utilizada pela operadora necessita urgentemente de revisão e adequação por seus gestores aos moldes legais e jurisprudências vivenciadas.

Constatou-se também que quando a negativa da OPS foi derrubada em primeira instância, o que sinaliza erro em seu procedimento interno, o Tribunal se utiliza de leis outras para fundamentar seus argumentos nas decisões, raramente,

fazendo uso da Lei 9.656/98 e dos NAT-Jus dos PTC's ou das NT's, ferramentas estas fundamentais hoje em dia para um bom e escorreito *decisum* baseado em evidências.

Observa-se que a assessoria jurídica das operadoras dos Planos de Saúde nem sempre utiliza das vias recursais apropriadas junto ao Tribunal. Constatou-se que, quando a OPS utilizou de Agravos de Instrumentos, o magistrado fundamentou sua decisão no Código de Processo Civil; quando se utilizou da Apelação, o magistrado fundamentou seus argumentos, na maioria das vezes, no Código de Defesa do Consumidor e, mais uma vez, no Código de Processo Civil quando o recurso analisado foi o Embargo de Declaração.

Nitidamente, tal constatação indica que os recursos apresentados pela OPS não eram as vias processuais adequadas para reverter as decisões ou que os argumentos apresentados pela OPS não foram suficientemente adequados para ensejar um reforma da decisão atacada.

Muitas vezes, como demonstrado, a utilização do recurso de embargo de declaração foi considerado como meramente protelatório, ou seja, o recurso foi utilizado unicamente com o intuito de retardar o cumprimento da decisão exarada pelos desembargadores e, por assim proceder, foi aplicada multa a OPS. Tal fato esclarece a utilização do CPC nas decisões em face dos embargos de declaração apresentados pela OPS.

Assim, é possível concluir que a prática operacional da OPS analisada é a de negar o procedimento na via administrativa e quando o usuário judicializa a questão, utiliza-se de recursos sobre recursos com o intuito de postergar ao máximo a prestação concedida pelo poder judiciário.

As Decisões Judiciais, na maioria das vezes, são baseadas em leis não específicas ou insuficientes diante da complexidade do tema saúde. Tais decisões ignoram a existência de

Leis, regulamentos e mecanismos específicos, o que pode indicar um desconhecimento ou mesmo uma insegurança do julgador.

No presente estudo, verificou-se que as ferramentas trazidas pela RN 36 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) foram minimamente utilizadas para fundamentar as decisões dos desembargadores. Tal fato sinaliza a necessidade de criação de varas especializadas em saúde, seja pública ou suplementar, com o fornecimento de todas as ferramentas e treinamentos necessários ao bom e fiel julgamento das causas, para que assim, os magistrados possam utilizar-se, da melhor maneira possível, de todas as leis e ferramentas disponíveis para o julgamento de casos que envolvam a saúde e a vida, sempre baseados em evidências.

Resta claro da análise dos dados que o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais quedou-se inerte por mais de cinco anos quanto ao cumprimento da recomendação 36 do Conselho Nacional de Justiça, já que a portaria conjunta que criou e estabeleceu os padrões de funcionamento do NAT-Jus no TJMG veio somente em 5 de junho de 2017. Esse lapso temporal para a implementação das medidas trazidas pela RN 36 certamente incorreu no baixo índice de aplicabilidade destas aos *decisums* analisados, contudo, não são justificativas plausíveis para tal.

Ao verificar a totalidade de acórdãos, constatou-se que a grande maioria das decisões foram pautadas na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), os quais utilizaram como base o Processo Civil e o Código de Defesa do Consumidor, sendo que, na minoria das vezes, utilizou-se a Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 como fundamento principal para o julgamento.

Tal fato sinaliza o baixo alcance da LPS em vista da demanda observada, principalmente, ao se levar em conta que a OPS analisada é a maior da cidade de Juiz de Fora, bem como, da região da Zona da Mata Mineira. Denota-se, portanto, que tanto a primeira quanto a segunda instância do TJMG precisam ser adequadas ao certame, bem como, às ferramentas trazidas pelo CNJ por meio da RN 36, objetivando sempre a melhoria na aplicabilidade de leis específicas aos casos concretos.

Portanto, como já enfatizado, faz-se necessário e urgente que o poder legislativo atue de maneira ativa na formulação de leis aplicáveis quanto à regulamentação dos planos de saúde, afinal, cabe a esta seara do Poder Público, e não à ANS, a revisão das normas legais para a correção de limitações que prejudicam o certame atual, pois o que se espera do poder judiciário é que as questões levadas ao seu conhecimento sejam julgadas de maneira independente e imparcial, pautadas nos argumentos e fundamentos do caso concreto e fundadas nas leis mais relevantes ao tema, assegurando a igualdade da proteção legal às partes envolvidas.

Observou-se, ainda, no presente estudo que os recursos impetrados pela operadora, em sua maioria, foram denegados pelos magistrados, sendo que as justificativas fornecidas pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, quando da prolação do *decisum* pelos desembargadores para não provimento em segunda instância, sustentavam-se na inobservância do rol da ANS para cobertura mínima de procedimentos. O TJMG afirma que o tratamento, apesar de não constar expressamente do rol fornecido, deve ser prestado ao usuário, pois tal rol é exemplificativo e não taxativo, bem como, trata-se de rol mínimo e não máximo.

Neste viés, o CDC rege prioritariamente a relação entre usuário e OPS, e mesmo que tal entendimento crie boa parte da jurisprudência favorável à concessão e/ou ampliação de coberturas, vivenciada nos acórdãos analisados, tal fato não trata o problema em todas as suas dimensões. Inúmeras decisões tomadas não levaram em conta a necessidade apresentada pelo usuário, mas analisaram, tão somente, as coberturas contratuais e legais para o caso, não observando os meandros que envolvem o caso ao aplicar, friamente, o CDC.

Contudo, mesmo quando a visão consumerista era predominante no julgado, verificou-se que, nos próprios argumentos balizadores, os desembargadores afirmavam que a saúde não pode ser tratada como qualquer mercadoria, embora repetidamente, tenham utilizado do CDC como argumento principal em seus julgamentos.

Pelo exposto, conclui-se que os usuários de OPS por insatisfação, má fé ou por desconhecimento dos seus direitos e/ou deveres constantes de seus contratos firmados entre as partes, bem como, por necessidade de um atendimento urgente, têm procurado diretamente a justiça para reclamar seus supostos direitos.

As operadoras de Planos Saúde (OPS), por sua vez, não se utilizam das ferramentas adequadas para prevenir a judicialização, com orientação específica aos seus usuários sobre seus contratos e direitos. Ao contrário, preferem defender-se em juízo e arcar com as consequências de tal ato a adequar seus procedimentos aos padrões legais e jurisprudenciais.

Os setores jurídicos das operadoras, muitas vezes, contam com profissionais que não são treinados para a especificidade da área de Saúde e apresentam recursos imprecisos que não são capazes de combater com propriedade as alegações dos usuários, ou mesmo, as decisões

judiciais prolatadas. Verificou-se, ainda, que os argumentos utilizados nos recursos apresentados pela OPS, muitas vezes, faziam menção às premissas vencidas e já sedimentadas no TJMG e nas Cortes Superiores, o que aponta a falta de um sustentáculo legal suficientemente capaz de estear a negativa praticada, tornando-a, indubitavelmente, ilegal e passível de reforma.

Por outro lado, torna-se evidente a necessidade de criação de varas especializadas em saúde, seja ela pública ou suplementar, para que os julgadores possam ter o conhecimento e o treinamento adequados para a utilização de todas as ferramentas necessárias ao bom e fiel julgamento das causas.

Estudos focados nas demandas judiciais envolvendo a saúde, seja pública ou suplementar, são fundamentais e devem sempre ser aprimorados, continuados e expandidos, pois são instrumentos relevantes para a compreensão dos motivos que levam o cidadão a pleitear em juízo um direito e também de seus mecanismos e consequências ao meio social.

Contudo, a realização de estudos e publicações sobre o tema não é o bastante. Deve-se, acima de tudo, considerar os direitos, deveres, ônus e bônus dos cidadãos e dos planos de saúde, levando-se em conta todos os fatores decorrentes quando da movimentação da máquina judiciária.

É fundamental que todas as esferas envolvidas quando o assunto é saúde sejam integradas. Órgãos como o PROCON, a OAB, a ANS, o CNJ e outros precisam atuar de maneira interligada e inteligente, no sentido de aprimorar o atendimento e, principalmente, o entendimento sobre os direitos e deveres dos usuários, das OPS e do judiciário.

Diante do quadro exposto, é possível constatar que o aumento exponencial e preocupante da judicialização da saúde suplementar ocorre por equívocos cometidos por todos os

envolvidos no processo: Os Usuários de planos de saúde; as Operadoras de Planos de saúde e o Judiciário. Entende-se que cada um dos envolvidos necessita repensar seus valores teóricos e suas práticas para que sejam garantidos tanto bons serviços de saúde aos usuários, quanto o oferecimento de serviços pela iniciativa privada ou operadoras de saúde complementar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia e BARROSO, André Feijó. **O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, v. 25, n.02, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/06.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2018.

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Coord´ s.). **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BAHIA, L. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação**. In: NEGRI, B.; DIGIOVANNI, G. *Brasil — radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. **Curso de Direito do Idoso**. São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Quem somos**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN Nº 24, de janeiro de 2003. **Acrescenta o art. 15-A à Resolução – RDC nº 24, de 13 de junho de 2000, para dispor sobre as sanções às infrações que produzam efeitos de natureza coletiva**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&-task=TextoLei&format=raw&id=NTgx>>. Acesso em: 10 de dez. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN Nº 82 de 29 de setembro de 2004. **Estabelece o Rol de Procedimentos que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 01 de janeiro de 1999.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=O-Dcy#anexo>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN Nº 211, de 11 de janeiro de 2010. **Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTU3NQ==>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006. **Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Nzkw>>. Acesso em: 10 de dez. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 42, de 04 de julho de 2003. **Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NTYz>>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014. **Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1Nw==>>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 428, de 07 de novembro de 2017. **Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 142, de 21 de dezembro de 2006. **Altera os artigos 8º, 11, 27 e 28 da RN nº 48, de 19 de setembro de 2003.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEzMQ==>>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 48, de 19 de setembro de 2003. **Dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=-TextoLei&format=raw&id=NTU3#art8art28art27art11art8>>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 388, de 25 de novembro de 2015. **Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.** Disponível em : <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNg==#art12art18art89art33art18art89art33art18>>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Rol de Procedimentos.** Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>>. Acesso em: 08 de maio 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados Centro de Documentação e Informação. Medida Provisória nº 2.177-44 de 24 de agosto de 2011. **Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.** Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2001/medidaprovisoria-2177-44-24-agosto-2001-390803-norma-pe.html>>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Portaria 8 de 2 de Fevereiro de 2016. **Cria o Comitê Organizador do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde.** Disponível em: < <http://cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/07/7416acb59c-746525fd9f278a5d7719b9.pdf>>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Portaria nº: 650 de 20 de Novembro de 2009. **Cria grupo de trabalho para estudos e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.** Disponível em: <[http://cnj.jus.br/files/atos\\_administrativos/portaria-n650-20-11-2009-presidencia.pdf](http://cnj.jus.br/files/atos_administrativos/portaria-n650-20-11-2009-presidencia.pdf)>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação 36 de 12 de julho de 2011. **Recomanda aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar.** Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br///images/atos\\_normativos/recomendacao/recomendacao\\_36\\_12072011\\_22102012170026.pdf](http://www.cnj.jus.br///images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_36_12072011_22102012170026.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº: 107 de 6 de abril de 2010. **Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde.** Disponível em: < <http://cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>>. Acesso em: 15 de abr. de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Termo de Cooperação Técnica nº: 008/2016. **Termos de cooperação técnica que entre si celebram o Conselho Nacional de Justiça e a Agência Nacional de Saúde Suplementar para os fins que especifica (Processo CNJ nº: 04406/2016).** Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/05/a415015d389ac5e1952c3f32037f3a35.pdf>>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 45 de 30 de dezembro de 2004. **Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&cod-mun=313670&search=minas-gerais|juiz-de-fora>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL. Lei 10.185 de 12 de fevereiro de 2001. **Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10185.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm)>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Lei 10.223 de 15 de maio de 2001. **Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10223.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10223.htm)>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

BRASIL. Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o estatuto do Idoso e da outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Lei 10.850 de 25 de março de 2004. **Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l10.850.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.850.htm)>. Acesso em: 08 de abr. 2018.

BRASIL. Lei 11.935 de 11 de maio de 2009. **Altera o art. 36-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm)>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 22 de fev. 2017.

BRASIL. Lei 9.656 de 03 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm)>. Acesso em: 01 ago. 2017.

BRASIL. Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm)>. Acesso em: 01 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciências e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnicos-científicos.** 4. ed. Brasília. 2014. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/Diretrizes/PTC.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/PTC.pdf)>. Acesso em: 22 de abr. 2018.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Pesquisa por acórdãos do TJMG.** Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/formEspelhoAcordao.do>>. Acesso em: 06 out. 2017.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Portaria Conjunta nº 643/PR/2017. **Dispõe sobre a regulação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário para as demandas de saúde – NAT-JUS, no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais – TJMG.** Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/pp06432017.pdf>>. Acesso em: 09 de maio de 2018.

CAMPOS ALVES, Sandra Mara; DELDUQUE, Maria Célia e RAGGIO, Armando. **Saúde suplementar no Distrito Federal: o que pensa o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.** Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva (ISSN 1982-8829). Políticas Públicas em Saúde. Brasília, v.9, n.3. 2015. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1801/1462>>. Acesso em: 27 de maio 2018.

CASTRO, Henrique Hoffmann Monteiro de. **Do direito público subjetivo à saúde:** conceituação, previsão legal e aplicação na demanda de medicamentos em face do Estado-membro. 4 mar. 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/vKdKy8>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil.** In. COHN, Amélia; \_\_\_\_\_. **Saúde no Brasil:** políticas e organizações de serviços. 5.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003. p.66-67 e 71-78.

LOUREIRO, Luiz Guilherme de Andrade V. **Seguro Saúde (Lei n.º 9.656/98):** comentários, doutrina e jurisprudência. São Paulo: LEJUS, 2000.

MARQUES, Cláudia Lima. **A pesquisa em direito: um testemunho sobre a pesquisa em grupo, o método “sprechstunde” e a iniciação científica na pós-modernidade.** Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Síntese.

MOREIRA, Vital. **A nova entidade reguladora da saúde em Portugal.** Revista de Direito Público da Economia, v. 2, n. 5, p. 103-159, jan./mar. 2004.

NOBRE, Milton Augusto de Brito. **Da denominada judicialização da saúde: pontos e contrapontos.** In.: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde.** Belo Horizonte: Fórum, 2011, p. 363.

NUNES, Edson de Oliveira. **Reforma administrativa, reforma reguladora: a nova face da relação Estado-economia no Brasil**. 1999. ms.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da OMS – 1946**. Disponível em: <<https://goo.gl/bLG3O>>. Acesso em: 24 janeiro. 2018.

RIZZARDO, Arnaldo. et al. **Planos de assistência e seguros de saúde: Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999. p.26.

ROMERO, Luiz Carlos P. **A atuação do Congresso Nacional na regulamentação da Saúde Suplementar**. Revista de informação Legislativa, a.47, n. 186, abr./jun. 2010. Disponível em: < <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198682/000888827.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. **A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadores de planos de assistência supletiva no Brasil**. Revista RAP, Rio de Janeiro, jan./fev. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n1/04.pdf>>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

SCHEFFER, Mario. **Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo**. 2006. 212f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2006.

SILVA JUNIOR, A.G; GOUVEIA, Maria Thereza Carolina de Souza. **Saúde suplementar: regulação e jurisdição**. Publicado in ASENSI, F.D.;PINHEIRO,R.(Orgs.).Direito Sanitário Contemporâneo. Rio de Janeiro- ELSEVIER EDITORA LTDA, 2011. ISBN: 978-85-352-5111-1.

SOUZA, Maria Hildete S.C; BAHIA, Lúgia; VIANNA, Maria Lúcia W.; SCHEFFER, Mário; SALAZAR, Andrea; GROU, Karina B. &. **A intervenção do Poder Judiciário no setor de saúde suplementar – tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil.** Divulgação em Saúde para debate, Rio de Janeiro, n.37, p. 44–60. Janeiro 2007. Disponível em: <[http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/poder\\_judiciario\\_bahia.pdf](http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/poder_judiciario_bahia.pdf)>. Acesso em: 27 maio 2018.

UNIMED FEDERAÇÃO MINEIRA. **Intrafederativa Zona da Mata.** Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/web/minasgerais/noticias/intrafederativa-zona-da-mata-inaugura-sede-propria-em-juiz-de-fo-1>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

WHO (OMS) – World Health Organization. **The World Report 2000.** Health Systems: Improving Performance. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 01 nov. 2017.



## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO UTILIZADO

Os dados provenientes dos acórdãos encontrados foram tabulados em uma planilha Excel de dados validados, desenvolvida pelo autor especificamente para este estudo, e mesmo foi alimentada a partir de um questionário, também desenvolvido especificamente para este estudo.

O questionário foi adaptado da Cartilha do CNJ – Justiça e pesquisa, judicialização da saúde no Brasil (ASENSI; PINHEIRO. 2017) e possui 23 perguntas com algumas delas com alternativas que vão de “a” a “u” que foram analisadas individual e conjuntamente por meio de tabelas e gráficos e quadros que são parte integrante e indissociável do presente estudo.

Foi utilizado o seguinte questionário:

1. Numero do Acórdão do TJMG: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
2. Qual a data do julgamento em 2<sup>a</sup> instância: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

3. Titularidade da Ação:
  - a) Individual
  - b) Coletiva – ONG
  - c) Coletiva – MP
  - d) Coletiva – PROCON
  - e) Coletiva – OUTROS
  - f) Não informado
  
4. Qual a posição da operadora no acórdão?
  - a) Recorrente
  - b) Recorrida
  - c) Interessado
  
5. Qual a posição da OPS no polo da demanda em 1ª Instância?
  - a) Autora
  - b) Ré
  - c) Interessado
  - d) Outro
  
6. Qual tipo de recurso interposto na 2ª instância?
  - a) Apelação
  - b) Agravo de Instrumento
  - c) Agravo retido
  - d) Agravo em Recurso Especial
  - e) Agravo em Recurso Extraordinário
  - f) Embargos de declaração
  - g) Mandado de segurança
  - h) Habeas corpus
  - i) Outros

7. Forma de Contratação do Plano?
  - a) Individual
  - b) Coletivo
  - c) Não informado
  
8. Data da contratação do plano pelo Usuário?
  - a) Antes da Lei 9.656/98 – Plano Antigo
  - b) Depois da Lei 9.656/98 – Plano Novo
  - c) Não informado
  
9. Qual tipo de demanda referente à cobertura foi citado no acórdão?
  - a) Majoração por mudança de faixa etária
  - b) Indenização por danos morais
  - c) Manutenção das condições de plano de saúde coletivo
  - d) Ampliação da cobertura para realização de exames
  - e) Ampliação da cobertura para a realização de tratamentos
  - f) Liberação de materiais ou procedimentos cirúrgicos
  - g) Erro médico
  - h) Restituição de valores gastos diante da ausência de cobertura
  - i) Reajuste contratual
  - j) Tratamento de urgência e emergência
  - k) Carência contratual não cumprida
  - l) Outro
  - m) Não informado
  
10. Houve alguma exclusão ou negativa (Órtese, prótese, tratamento e etc.) pela OPS?
  - a) Sim
  - b) Não
  - c) Não informado

4. Houve alegação de doença preexistente pela OPS?
  - a) Sim
  - b) Não
  - c) Não informado
  
12. Qual resultado em 1ª instância?
  - a) Parcialmente procedente.
  - b) Totalmente procedente para OPS.
  - c) Totalmente procedente para usuário.
  - d) Não há sentença.
  
13. Resultado em 2ª instância?
  - a) Recurso Improcedente (decisão de 1ª instância mantida).
  - b) Recurso procedente (decisão de 1ª instância totalmente reformada).
  - c) Recurso parcialmente procedente (decisão de 1ª instância parcialmente reformada).
  
14. Em caso de não provimento do recurso, qual a justificativa da decisão em 2º grau de jurisdição?
  - a) Impossibilidade de majoração por mudança de faixa etária.
  - b) Possibilidade de majoração por mudança de faixa etária.
  - c) Possibilidade de indenização por danos morais.
  - d) Possibilidade de indenização por danos estéticos.
  - e) Possibilidade de indenização por danos materiais.
  - f) Possibilidade de manutenção das condições de plano de saúde coletivo.
  - g) Impossibilidade de manutenção das condições de plano de saúde coletivo.

- h) Constatação de violação de cláusulas contratuais.
  - i) Não constatação de violação de cláusulas contratuais.
  - j) Direito à vida e Saúde.
  - k) Outros
  - l) Verificação de onerosidade excessiva decorrente do contrato.
  - m) Não verificação de onerosidade excessiva decorrente do contrato.
  - n) Não observância do disposto na lei n. 9.656/98, pois o contrato foi firmado anteriormente.
  - o) Observância do disposto na lei n. 9.656/98, pois o contrato foi firmado posteriormente.
  - p) Observância das normas estabelecidas pela ANS (resoluções, portarias etc.).
  - q) Impossibilidade de manutenção da carência.
  - r) Possibilidade de manutenção da carência.
  - s) Observância da lista da ANS para cobertura mínima na realização de procedimentos.
15. Em caso de provimento parcial do recurso, qual a justificativa da decisão em 2º grau de jurisdição?
- a) Impossibilidade de majoração por mudança de faixa etária.
  - b) Possibilidade de majoração por mudança de faixa etária.
  - c) Possibilidade de indenização por danos morais.
  - d) Possibilidade de indenização por danos estéticos.
  - e) Possibilidade de indenização por danos materiais.
  - f) Possibilidade de manutenção das condições de plano de saúde coletivo.
  - g) Impossibilidade de manutenção das condições de plano de saúde coletivo.

- h) Incidência do estatuto do idoso.
  - i) Constatação de violação de cláusulas contratuais.
  - j) Não Constatação de violação de cláusulas contratuais.
  - k) Direito à vida.
  - l) Direito à saúde.
  - m) Verificação de onerosidade excessiva decorrente do contrato.
  - n) Não verificação de onerosidade excessiva decorrente do contrato.
  - o) Não observância do disposto na lei n. 9.656/98, pois o contrato foi firmado anteriormente.
  - p) Observância do disposto na lei n. 9.656/98, pois o contrato foi firmado posteriormente.
  - q) Observância das normas estabelecidas pela ANS (resoluções, portarias etc).
  - r) Impossibilidade de manutenção da carência.
  - s) Possibilidade de manutenção da carência.
  - t) Observância da lista da ANS para cobertura mínima na realização de procedimentos.
  - u) Outros
16. A decisão que analisou o mérito do recurso pautou-se em jurisprudência firmada no âmbito do tribunal local?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não informado
17. A decisão que analisou o mérito do recurso pautou-se em jurisprudência firmada no âmbito dos tribunais superiores?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não informado

18. A decisão que analisou o mérito do recurso pautou-se na recomendação 32 de 12 de julho de 2011 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não informado
19. Com base na Recomendação nº 31 de 2010 do CNJ, a ação foi instruída, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órtese, próteses e insumos em geral, com posologia exata?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não informado
20. Legislação aplicada para fundamentar a decisão?
- a) CDC
  - b) CF/88
  - c) Lei 9.656/98
  - d) Outras
  - e) Não informado
21. Argumento da decisão favorável ao usuário?
- a) Lei 9.656/98 – Doença ou procedimento que deve ser coberto.
  - b) CF/88 – Proteção ao direito à vida e a saúde
  - c) CF/88 – Outros.
  - d) CDC – Pró-consumidor, em caso de dúvida em cláusula contratual.

- e) CDC – Cláusula limitativa
- f) CDC – Cláusula abusiva de limite de tempo de internação
- g) CDC – Cláusula abusiva que limita urgência e emergência
- h) CDC – Má prestação de serviços pela OPS.
- i) CDC – Outros.
- j) CDC – Não informado.
- k) Lei 9.656/98 – Direito do Usuário à informação adequada.
- l) Lei 9.656/98 – Cobertura obrigatória de urgência e emergência.
- m) Lei 9.656/98 – Usuário não se submeteu a exame pré-admissional.
- n) Lei 9.656/98 – OPS não provou a má-fé do Usuário.
- o) Outros.

22. Argumento da decisão favorável à OPS?

- a) CF/88 – As empresas de saúde não devem suprir as deficiências do Estado.
- b) CF/88 – Outras
- c) CDC – Não é relação de consumo por tratar-se de associação
- d) CDC – Outras.
- e) Lei 9.656/98 – A lei permite a exclusão.
- f) Lei 9.656/98 – Outras.
- g) Contrato – Limitações expressas nas cláusulas.
- h) Contrato – Médico não credenciado.
- i) Contrato – Hospital não credenciado.
- j) Contrato – Tratamento não regulamentado pela ANVISA e/ou pelo Ministério da Saúde.
- k) Contrato – Outros
- l) Contrato – Não informado

23. Argumentos da OPS?

- a) Cláusula excludente
- b) Doença pré-existente.
- c) Finalidade meramente estética
- d) Prazo de carência não cumprido.
- e) Médico não credenciado.
- f) Hospital não credenciado.
- g) Procedimento não incluído na tabela da AMB vigente.
- h) Procedimento não incluído no rol da ANS.
- i) Saúde como dever do Estado.
- j) Inadimplência do Usuário.
- k) Contrato não vigente.
- l) Outros.
- m) Não informado.



## APÊNDICE B

### IDENTIFICAÇÃO DOS ACÓRDÃOS ANALISADOS, ORGANIZADOS CRONOLOGICAMENTE POR DATA DE JULGAMENTO.

A seguir elencados, estão às numerações únicas no padrão determinado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de todos os acórdãos utilizados para a obtenção dos dados analisados nesta pesquisa.

Para a validação dos mesmos, os acórdãos podem ser baixados em sua íntegra no site do Tribunal de Justiça de Minas Gerais<sup>13</sup>.

#### Quadro 12 – Lista dos acórdãos analisados

<b>01</b>	1.0145.12.001955-2/001	22/11/2012
<b>02</b>	1.0069.12.001986-9/001	05/12/2012
<b>03</b>	1.0145.12.025088-4/001	23/01/2013
<b>04</b>	1.0145.12.000305-1/001	31/01/2013
<b>05</b>	1.0145.12.076122-9/001	26/02/2013
<b>06</b>	1.0145.12.067127-9/001	14/03/2013
<b>07</b>	1.0145.12.041335-9/001	20/03/2013

---

13. <http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/formEspelhoAcordao.do>

<b>08</b>	1.0145.12.030392-3/001	03/04/2013
<b>09</b>	1.0145.12.073070-3/001	03/04/2013
<b>10</b>	1.014512.076535-2/001	16/04/2013
<b>11</b>	1.0145.12.079068-1/001	16/04/2013
<b>12</b>	1.0145.12.040421-8/001	09/05/2013
<b>13</b>	1.0145.12.037396-7/001	21/05/2013
<b>14</b>	1.0145.12.023157-9/001	23/05/2013
<b>15</b>	1.0145.13.005827-7/001	28/05/2013
<b>16</b>	1.0145.12.019291-2/001	05/06/2013
<b>17</b>	1.0145.12.023712-1/001	05/06/2013
<b>18</b>	1.0145.12.031704-8/001	07/06/2013
<b>19</b>	1.0145.12.040473-9/001	11/06/2013
<b>20</b>	1.0145.12.032428-3/001	25/06/2013
<b>21</b>	1.0145.13.009137-7/001	25/06/2013
<b>22</b>	1.0145.12.001407-4/001	02/07/2013
<b>23</b>	1.0145.12.000841-5/001	03/07/2013
<b>24</b>	1.0145.12.037725-7/001	01/08/2013
<b>25</b>	1.0145.12.037396-7/002	03/09/2013
<b>26</b>	1.0145.12.051264-8/001	03/09/2013
<b>27</b>	1.0145.13.015061-1/001	03/09/2013
<b>28</b>	1.0145.12.028763-9/001	11/09/2013
<b>29</b>	1.0145.13.034729-0/001	19/09/2013
<b>30</b>	1.0145.12.037782-8/001	25/09/2013
<b>31</b>	1.0145.12.000137-8/001	22/10/2013
<b>32</b>	1.0145.13.034464-4/001	23/10/2013
<b>33</b>	1.0145.13.026691-2/001	30/10/2013

<b>34</b>	1.0145.13.036055-8/001	30/10/2013
<b>35</b>	1.0145.12.001407-4/002	05/11/2013
<b>36</b>	1.0145.13.041108-8/002	07/11/2013
<b>37</b>	1.0145.13.035105-2/001	11/11/2013
<b>38</b>	1.0145.12.078613-5/001	12/11/2013
<b>39</b>	1.0145.13.020478-0/001	12/11/2013
<b>40</b>	1.0145.13.020478-0/002	12/11/2013
<b>41</b>	1.0145.12.038139-0/002	14/11/2013
<b>42</b>	1.0145.12.031197-5/001	26/11/2013
<b>43</b>	1.0145.12.017993-5/001	27/11/2013
<b>44</b>	1.0145.13.043662-2/001	04/12/2013
<b>45</b>	1.0145.12.065526-4/001	05/12/2013
<b>46</b>	1.0145.13.015985-1/001	11/12/2013
<b>47</b>	1.0145.13.005827-7/003	17/12/2013
<b>48</b>	1.0145.12.033204-7/001	14/01/2014
<b>49</b>	1.0145.13.020478-0/003	14/01/2014
<b>50</b>	1.0145.13.020478-0/004	14/01/2014
<b>51</b>	1.0145.12.052171-4/001	22/01/2014
<b>52</b>	1.0145.12.000137-8/002	28/01/2014
<b>53</b>	1.0145.13.043309-0/001	29/01/2014
<b>54</b>	1.0145.12.050386-0/001	30/01/2014
<b>55</b>	1.0145.13.043355-3/001	30/01/2014
<b>56</b>	1.0145.13.020384-0/001	06/02/2014
<b>57</b>	1.0145.12.001228-4/002	11/02/2014
<b>58</b>	1.0145.13.005827-7/005	11/02/2014
<b>59</b>	1.0145.12.023888-9/001	13/02/2014

<b>60</b>	1.0145.13.032445-5/001	18/02/2014
<b>61</b>	1.0145.13.043530-1/001	18/02/2014
<b>62</b>	1.0145.13.068072-4/001	19/02/2014
<b>63</b>	1.0145.12.065526-4/002	20/02/2014
<b>64</b>	1.0145.13.041108-8/003	20/02/2014
<b>65</b>	1.0145.12.017993-5/002	13/03/2014
<b>66</b>	1.0145.12.001407-4/003	27/03/2014
<b>67</b>	1.0145.13.035830-5/001	27/03/2014
<b>68</b>	1.0145.13.005827-7/006	01/04/2014
<b>69</b>	1.0024.12.254213-7/001	03/04/2014
<b>70</b>	1.0145.13.035105-2/002	03/04/2014
<b>71</b>	1.0145.13.068072-4/002	09/04/2014
<b>72</b>	1.0145.13.044589-6/001	10/04/2014
<b>73</b>	1.0145.14.021008-2/002	15/04/2014
<b>74</b>	1.0145.12.078938-6/001	22/04/2014
<b>75</b>	1.0145.12.052171-4/002	23/04/2014
<b>76</b>	1.0145.13.043309-0/002	23/04/2014
<b>77</b>	1.0145.13.015985-1/002	24/04/2014
<b>78</b>	1.0145.13.043355-3/002	24/04/2014
<b>79</b>	1.0145.12.037950-1/001	03/06/2014
<b>80</b>	1.0145.13.043530-1/002	03/06/2014
<b>81</b>	1.0145.12.023888-9/002	10/06/2014
<b>82</b>	1.0145.12.079068-1/002	10/06/2014
<b>83</b>	1.0145.13.068827-1/001	10/06/2014
<b>84</b>	1.0145.13.056300-3/001	11/06/2014
<b>85</b>	1.0145.13.062967-1/001	26/06/2014

<b>86</b>	1.0145.14.010475-6/001	03/07/2014
<b>87</b>	1.0145.13.025729-1/001	10/07/2014
<b>88</b>	1.0145.13.035830-5/002	10/07/2014
<b>89</b>	1.0145.12.078938-6/002	16/07/2014
<b>90</b>	1.0145.13.066953-7/001	16/07/2014
<b>91</b>	1.0145.13.044589-6/002	21/07/2014
<b>92</b>	1.0145.13.043662-2/002	23/07/2014
<b>93</b>	1.0145.13.056300-3/002	23/07/2014
<b>94</b>	1.0145.13.044511-0/001	24/07/2014
<b>95</b>	1.0145.13.067910-6/001	25/07/2014
<b>96</b>	1.0145.12.076122-9/004	05/08/2014
<b>97</b>	1.0145.13.061555-5/001	07/08/2014
<b>98</b>	1.0145.14.026988-0/001	07/08/2014
<b>99</b>	1.0145.14.031341-5/001	07/08/2014
<b>100</b>	1.0145.12.030488-9/001	21/08/2014
<b>101</b>	1.0145.13.021088-6/001	21/08/2014
<b>102</b>	1.0145.12.079068-1/003	27/08/2014
<b>103</b>	1.0145.12.003179-7/001	28/08/2014
<b>104</b>	1.0145.12.037446-0/001	28/08/2014
<b>105</b>	1.0145.12.038419-6/001	28/08/2014
<b>106</b>	1.0145.12.067127-9/003	28/08/2014
<b>107</b>	1.0145.12.073233-7/001	28/08/2014
<b>108</b>	1.0145.13.034704-3/001	28/08/2014
<b>109</b>	1.0145.13.043244-9/001	28/08/2014
<b>110</b>	1.0145.14.010475-6/002	28/08/2014
<b>111</b>	1.0145.14.010700-7/001	01/09/2014

<b>112</b>	1.0145.13.018956-9/001	04/09/2014
<b>113</b>	1.0145.13.066953-7/002	11/09/2014
<b>114</b>	1.0145.14.031341-5/002	18/09/2014
<b>115</b>	1.0145.13.008932-2/002	25/09/2014
<b>116</b>	1.0145.13.032445-5/002	30/09/2014
<b>117</b>	1.0145.13.067910-6/002	02/10/2014
<b>118</b>	1.0145.13.068827-1/002	02/10/2014
<b>119</b>	1.0145.12.037950-1/002	08/10/2014
<b>120</b>	1.0145.13.020903-7/001	09/10/2014
<b>121</b>	1.0145.14.026988-0/002	09/10/2014
<b>122</b>	1.0145.14.039176-7/001	14/10/2014
<b>123</b>	1.0145.12.048576-1/001	15/10/2014
<b>124</b>	1.0145.12.050386-0/002	16/10/2014
<b>125</b>	1.0145.13.025908-1/001	16/10/2014
<b>126</b>	1.0145.13.025729-1/002	22/10/2014
<b>127</b>	1.0145.13.043662-2/003	22/10/2014
<b>128</b>	1.0183.10.009021-0/001	28/10/2014
<b>129</b>	1.0145.13.043244-9/002	30/10/2014
<b>130</b>	1.0145.12.003179-7/002	06/11/2014
<b>131</b>	1.0145.12075773-0/004	06/11/2014
<b>132</b>	1.0145.13.021088-6/002	06/11/2014
<b>133</b>	1.0145.13.044511-0/002	06/11/2014
<b>134</b>	1.0145.14.021008-2/001	07/11/2014
<b>135</b>	1.0145.13.062967-1/002	13/11/2014
<b>136</b>	1.0145.14.009989-9/001	13/11/2014
<b>137</b>	1.0145.12.074268-2/001	19/11/2014

<b>138</b>	1.0145.12.038070-7/001	25/11/2014
<b>139</b>	1.0145.14.040901-5/002	02/12/2014
<b>140</b>	1.0145.13.020903-7/002	04/12/2014
<b>141</b>	1.0145.14.010700-7/002	04/12/2014
<b>142</b>	1.0145.14.038432-5/001	04/12/2014
<b>143</b>	1.0145.13.043662-2/006	10/12/2014
<b>144</b>	1.0145.12.037723-2/001	11/12/2014
<b>145</b>	1.0145.13.072040-5/001	18/12/2014
<b>146</b>	1.0145.13.008932-2/003	22/01/2015
<b>147</b>	1.0145.13.036055-8/004	04/02/2015
<b>148</b>	1.0145.13.068072-4/007	04/02/2015
<b>149</b>	1.0145.13.041108-8/004	05/02/2015
<b>150</b>	1.0145.12.081421-8/002	11/02/2015
<b>151</b>	1.0145.13.052943-4/001	11/02/2015
<b>152</b>	1.0145.14.060007-6/001	12/02/2015
<b>153</b>	1.0145.13.033403-3/002	26/02/2015
<b>154</b>	1.0145.13.061555-5/002	26/02/2015
<b>155</b>	1.0145.14.004475-4/001	26/02/2015
<b>156</b>	1.0145.14.010586-0/002	26/02/2015
<b>157</b>	1.0145.12.038012-9/001	03/03/2015
<b>158</b>	1.0145.12.066537-0/002	03/03/2015
<b>159</b>	1.0145.14.039176-7/002	03/03/2015
<b>160</b>	1.0145.12.048576-1/002	04/03/2015
<b>161</b>	1.0145.14.009989-9/002	12/03/2015
<b>162</b>	1.0145.12.038070-7/002	17/03/2015
<b>163</b>	1.0145.14.040901-5/003	17/03/2015

<b>164</b>	1.0145.12.065526-4/006	25/03/2015
<b>165</b>	1.0145.13.068072-4/008	25/03/2015
<b>166</b>	1.0145.13.025908-1/002	26/03/2015
<b>167</b>	1.0145.15.000497-9/002	26/03/2015
<b>168</b>	1.0145.12.075773-0/005	08/04/2015
<b>169</b>	1.0145.14.061382-2/001	08/04/2015
<b>170</b>	1.0145.14.038676-7/001	09/04/2015
<b>171</b>	1.0145.12.074268-2/002	11/04/2015
<b>172</b>	1.0145.14.028949-0/001	14/04/2015
<b>173</b>	1.0145.14.062043-9/001	16/04/2015
<b>174</b>	1.0145.12.037723-2/002	23/04/2015
<b>175</b>	1.0145.14.038432-5/002	23/04/2015
<b>176</b>	1.0145.12.037446-0/002	30/04/2015
<b>177</b>	1.0024.12.348007-1/002	07/05/2015
<b>178</b>	1.0629.13.003942-9/001	07/05/2015
<b>179</b>	1.0145.14.038129-7/001	19/05/2015
<b>180</b>	1.0145.14.060007-6/002	21/05/2015
<b>181</b>	1.0145.14.061382-2/002	21/05/2015
<b>182</b>	1.0145.14.062860-3/001	21/05/2015
<b>183</b>	1.0145.13.015061-1/002	26/05/2015
<b>184</b>	1.0024.14.248472-4/001	28/05/2015
<b>185</b>	1.0145.14.040901-5/004	09/06/2015
<b>186</b>	1.0145.13.033403-3/003	11/06/2015
<b>187</b>	1.0145.13.041108-8/005	11/06/2015
<b>188</b>	1.0145.13.043355-3/007	11/06/2015
<b>189</b>	1.0145.14.060039-9/001	16/06/2015

<b>190</b>	1.0145.15.002991-9/001	16/06/2015
<b>191</b>	1.0145.15.018888-9/001	17/06/2015
<b>192</b>	1.0145.14.058832-1/002	23/06/2015
<b>193</b>	1.0145.13.064833-3/001	24/06/2015
<b>194</b>	1.0145.13.066784-6/001	25/06/2015
<b>195</b>	1.0145.15.003244-2/001	25/06/2015
<b>196</b>	1.0145.13.019109-4/001	01/07/2015
<b>197</b>	1.0145.14.062860-3/002	02/07/2015
<b>198</b>	1.0145.15.010373-0/002	02/07/2015
<b>199</b>	1.0145.15.010785-5/001	07/07/2015
<b>200</b>	1.0145.15011418-2/001	09/07/2015
<b>201</b>	1.0145.12.039172-0/001	14/07/2015
<b>202</b>	1.0145.14.061527-2/001	14/07/2015
<b>203</b>	1.0145.13.064833-3/002	15/07/2015
<b>204</b>	1.0145.13.066953-7/003	29/07/2015
<b>205</b>	1.0145.13.043309-0/007	05/08/2015
<b>206</b>	1.0145.12.048615-7/001	06/08/2015
<b>207</b>	1.0145.14.062043-9/002	06/08/2015
<b>208</b>	1.0145.14.038676-7/002	06/08/2015
<b>209</b>	1.0145.15.019261-8/001	13/08/2015
<b>210</b>	1.0145.12.040471-3/001	19/08/2015
<b>211</b>	1.0145.14.058832-1/003	25/08/2015
<b>212</b>	1.0145.14.038235-2/001	25/08/2015
<b>213</b>	1.0629.13.003942-9/002	27/08/2015
<b>214</b>	1.0145.15.003512-2/002	01/09/2015
<b>215</b>	1.0145.12.039172-0/002	08/09/2015

<b>216</b>	1.0145.15.028825-9/002	15/09/2015
<b>217</b>	1.0145.15.018888-9/002	16/09/2015
<b>218</b>	1.0145.14.042017-8/001	17/09/2015
<b>219</b>	1.0145.13.007241-9/001	23/09/2015
<b>220</b>	1.0145.13.066953-7/008	23/09/2015
<b>221</b>	1.0145.13.019109-4/002	30/09/2015
<b>222</b>	1.0145.14.011210-6/001	30/09/2015
<b>223</b>	1.0145.15.038500-6/001	01/10/2015
<b>224</b>	1.0145.12.037938-6/002	06/10/2015
<b>225</b>	1.0145.13.015985-1/003	07/10/2015
<b>226</b>	1.0145.13.062268-4/001	14/10/2015
<b>227</b>	1.0145.15.010785-5/002	20/10/2015
<b>228</b>	1.0145.12.040471-3/002	21/10/2015
<b>229</b>	1.0145.13.036155-6/001	21/10/2015
<b>230</b>	1.0145.13.043309-0/008	21/10/2015
<b>231</b>	1.0145.15.015766-0/001	22/10/2015
<b>232</b>	1.0145.15.010373-0/005	27/10/2015
<b>233</b>	1.0145.15.019598-3/002	04/11/2015
<b>234</b>	1.0000.15.065634-6/001	05/11/2015
<b>235</b>	1.0145.13.071954-8/001	10/11/2015
<b>236</b>	1.0145.14.038235-2/002	10/11/2015
<b>237</b>	1.0145.13.068827-1/006	11/11/2015
<b>238</b>	1.0145.14.028949-0/002	17/11/2015
<b>239</b>	1.0145.13.043355-3/010	19/11/2015
<b>240</b>	1.0145.14.038129-7/002	24/11/2015
<b>241</b>	1.0145.15.012923-0/001	01/12/2015

<b>242</b>	1.0145.15.012923-0/002	01/12/2015
<b>243</b>	1.0000.15.028207-7/000	03/12/2015
<b>244</b>	1.0000.15.065634-6/002	03/12/2015
<b>245</b>	1.0145.11.028262-4/001	03/12/2015
<b>246</b>	1.0145.15.028640-2/001	03/12/2015
<b>245</b>	1.0145.14.061527-2/002	15/12/2015
<b>248</b>	1.0145.15.026076-1/001	15/12/2015
<b>249</b>	1.0145.15.012309-2/001	16/12/2015
<b>250</b>	1.0145.12.037444-5/001	17/12/2015
<b>251</b>	1.0145.15.019261-8/002	17/12/2015
<b>252</b>	1.0145.15.025404-6/001	17/12/2015
<b>253</b>	1.0145.14.042017-8/002	21/01/2016
<b>254</b>	1.0000.15.065634-6/003	22/01/2016
<b>255</b>	1.0069.15.000805-5/001	27/01/2016
<b>256</b>	1.0145.15.016903-8/001	28/01/2016
<b>257</b>	1.0000.15.076835-6/001	02/02/2016
<b>258</b>	1.0145.15.028640-2/002	04/02/2016
<b>259</b>	1.0145.15.038500-6/002	18/02/2016
<b>260</b>	1.0145.14.037809-5/001	23/02/2016
<b>261</b>	1.0145.15.015766-0/002	23/02/2016
<b>262</b>	1.0145.15.028601-4/001	23/02/2016
<b>263</b>	1.0145.15.028825-9/003	23/02/2016
<b>264</b>	1.0145.15.012923-0/003	24/02/2016
<b>265</b>	1.0145.15.012923-0/004	24/02/2016
<b>266</b>	1.0145.12.079534-2/001	25/02/2016
<b>267</b>	1.0145.15.003971-0/001	25/02/2016

<b>268</b>	1.0145.14.024655-7/002	28/02/2016
<b>269</b>	1.0145.13.036870-0/001	08/03/2016
<b>270</b>	1.0145.13.055817-7/003	08/03/2016
<b>271</b>	1.0145.13.018921-3/001	09/03/2016
<b>272</b>	1.0145.14.067298-4/001	10/03/2016
<b>273</b>	1.0145.13.024742-5/002	11/03/2016
<b>274</b>	1.0000.15.092647-5/001	14/03/2016
<b>275</b>	1.0000.15.076835-6/002	22/03/2016
<b>276</b>	1.0069.15.000805-5/002	30/03/2016
<b>277</b>	1.0145.15.000365-8/001	30/03/2016
<b>278</b>	1.0145.15.025404-6/002	31/03/2016
<b>279</b>	1.0145.14.027057-3/001	07/04/2016
<b>280</b>	1.0145.15.012309-2/002	12/04/2016
<b>281</b>	1.0145.12.037444-5/002	13/04/2016
<b>282</b>	1.0145.14.028949-0/003	13/04/2016
<b>283</b>	1.0145.15.038500-6/003	14/04/2016
<b>284</b>	1.0145.13.036870-0/002	19/04/2016
<b>285</b>	1.0145.15.026076-1/002	19/04/2016
<b>286</b>	1.0145.13.015985-1/001	20/04/2016
<b>287</b>	1.0145.13.036155-6/002	20/04/2016
<b>288</b>	1.0145.13.0072419/002	27/04/2016
<b>289</b>	1.0145.13.040012-3/001	05/05/2016
<b>290</b>	1.0145.15.037810-0/002	10/05/2016
<b>291</b>	1.0000.15.092647-5/002	17/05/2016
<b>292</b>	1.0145.13.062629-7/001	24/05/2016
<b>293</b>	1.0145.14.011210-6/002	25/05/2016

<b>294</b>	1.0145.14.025060-9/001	30/05/2016
<b>295</b>	1.0000.15.096222-3/001	01/06/2016
<b>296</b>	1.0145.15.000365-8/002	01/06/2016
<b>297</b>	1.0145.15.028601-4/002	01/06/2016
<b>298</b>	1.0145.11.028262-4/002	02/06/2016
<b>299</b>	1.0145.14.037809-5/002	02/06/2016
<b>300</b>	1.0000.16.019181-3/001	07/06/2016
<b>301</b>	1.0145.14.010700-7/007	08/06/2016
<b>302</b>	1.0145.15.003971-0/002	09/06/2016
<b>303</b>	1.0145.13.055817-7/004	14/06/2016
<b>304</b>	1.0145.15.003971-0/003	16/06/2016
<b>305</b>	1.0145.15.038500-6/004	16/06/2016
<b>306</b>	1.0145.13.018921-3/002	22/06/2016
<b>307</b>	1.0145.14.024655-7/001	22/06/2016
<b>308</b>	1.0000.16.029283-5/001	28/06/2016
<b>309</b>	1.0000.15.076835-6/003	29/06/2016
<b>310</b>	1.0145.15.003512-2/001	30/06/2016
<b>311</b>	1.0000.16.019181-3/002	13/07/2016
<b>312</b>	1.0145.13.015985-1/001	13/07/2016
<b>313</b>	1.0145.15.031537-5/001	20/07/2016
<b>314</b>	1.0554.15.001560-6/001	20/07/2016
<b>315</b>	1.0000.16.039506-7/001	28/07/2016
<b>316</b>	1.0000.16.032952-0/001	04/08/2016
<b>317</b>	1.0000.16.032952-0/002	04/08/2016
<b>318</b>	1.0000.16.040969-4/001	04/08/2016
<b>319</b>	1.0145.14.061382-2/005	04/08/2016

<b>320</b>	1.0145.14.067298-4/002	04/08/2016
<b>321</b>	1.0145.15.026914-3/001	09/08/2016
<b>322</b>	1.0000.15.096222-3/002	11/08/2016
<b>323</b>	1.0000.15.100655-8/001	11/08/2016
<b>324</b>	1.0145.14.027057-3/002	11/08/2016
<b>325</b>	1.0145.14.028949-0/004	11/08/2016
<b>326</b>	1.0145.15.037810-0/003	11/08/2016
<b>327</b>	1.0145.13.068827-1/008	18/08/2016
<b>328</b>	1.0000.16.022239-4/001	23/08/2016
<b>329</b>	1.0145.13.055817-7/005	23/08/2016
<b>330</b>	1.0000.16.039506-7/002	25/08/2016
<b>331</b>	1.0145.13.052592-9/001	25/08/2016
<b>332</b>	1.0145.14.037809-5/003	06/09/2016
<b>333</b>	1.0145.15.003971-0/004	08/09/2016
<b>334</b>	1.0000.16.049386-2/001	13/09/2016
<b>335</b>	1.0000.16.038209-9/001	14/09/2016
<b>336</b>	1.0145.14.010700-7/008	22/09/2016
<b>337</b>	1.0000.16.056967-9/001	29/09/2016
<b>338</b>	1.0069.15.000805-5/003	05/10/2016
<b>339</b>	1.0000.16.048536-3/001	06/10/2016
<b>340</b>	1.0145.12.082641-0/001	06/10/2016
<b>341</b>	1.0145.14.025060-9/002	10/10/2016
<b>342</b>	1.0145.15.026076-1/003	11/10/2016
<b>343</b>	1.0000.16.040969-4/002	13/10/2016
<b>344</b>	1.0145.13.061611-6/001	13/10/2016
<b>345</b>	1.0000.16.049386-2/002	18/10/2016

<b>346</b>	1.0000.16.061384-0/001	19/10/2016
<b>347</b>	1.0145.13.020384-0/002	20/10/2016
<b>348</b>	1.0000.16.032952-0/003	27/10/2016
<b>349</b>	1.0145.13.066784-6/002	03/11/2016
<b>350</b>	1.0000.15.076835-6/004	08/11/2016
<b>351</b>	1.0145.14.041119-3/001	08/11/2016
<b>352</b>	1.0000.16.059688-8/001	09/11/2016
<b>353</b>	1.0000.15.104148-8/001	10/11/2016
<b>354</b>	1.0000.16.055692-4/001	10/11/2016
<b>355</b>	1.0000.16.070068-8/001	10/11/2016
<b>356</b>	1.0000.16.036808-0/001	16/11/2016
<b>357</b>	1.0145.13.068827-1/009	23/11/2016
<b>358</b>	1.0000.16.051526-8/001	24/11/2016
<b>359</b>	1.0554.15.001560-6/002	24/11/2016
<b>360</b>	1.0145.13.024742-5/003	29/11/2016
<b>361</b>	1.0000.16.074715-0/001	30/11/2016
<b>362</b>	1.0000.16.032952-0/004	01/12/2016
<b>363</b>	1.0000.16.056967-9/002	01/12/2016
<b>364</b>	1.0145.14.067500-3/001	01/12/2016
<b>365</b>	1.0000.16.061384-0/002	07/12/2016
<b>366</b>	1.0145.15.002833-3/001	16/12/2016
<b>367</b>	1.0145.15.015766-0/003	26/01/2017
<b>368</b>	1.0000.16.074715-0/002	01/02/2017
<b>369</b>	1.0145.13.020478-0/005	07/02/2017
<b>370</b>	1.0000.16.070068-8/002	09/02/2017
<b>371</b>	1.0000.16.074716-8/001	09/02/2017

<b>372</b>	1.0145.12.082641-0/002	09/02/2017
<b>373</b>	1.0145.15.010373-0/006	09/02/2017
<b>374</b>	1.0000.16.081146-9/001	16/02/2017
<b>375</b>	1.0000.16.091851-2/001	21/02/2017
<b>376</b>	1.0145.04.142854-4/001	21/02/2017
<b>377</b>	1.0145.13.043530-1/007	21/02/2017
<b>378</b>	1.0145.14.039176-7/005	21/02/2017
<b>379</b>	1.0145.15.018901-0/001	21/02/2017
<b>380</b>	1.0145.15.026076-1/004	21/02/2017
<b>381</b>	1.0145.14.060007-6/005	23/02/2017
<b>382</b>	1.0000.16.051526-8/002	02/03/2017
<b>383</b>	1.0145.14.067500-3/002	09/03/2017
<b>384</b>	1.0000.16.074715-8/002	16/03/2017
<b>385</b>	1.0000.17.005872-1/001	16/03/2017
<b>386</b>	1.0145.14.009881-8/001	16/03/2017
<b>387</b>	1.0000.16.036808-0/002	22/03/2017
<b>388</b>	1.0000.16.093440-2/001	22/03/2017
<b>389</b>	1.0000.16.081425-7/001	23/03/2017
<b>390</b>	1.0145.15.026980-4/001	23/03/2017
<b>391</b>	1.0000.17.007496-7/001	28/03/2017
<b>392</b>	1.0145.14.039176-7/008	11/04/2017
<b>393</b>	1.0000.17.008892-6/001	18/04/2017
<b>394</b>	1.0145.13.044083-0/001	19/04/2017
<b>395</b>	1.0000.16.081146-9/002	20/04/2017
<b>396</b>	1.0145.14.023488-4/001	20/04/2017
<b>397</b>	1.0000.17.012068-7/001	26/04/2017

<b>398</b>	1.0090.16.002212-6/001	27/04/2017
<b>399</b>	1.0145.12.017950-5/001	27/04/2017
<b>400</b>	1.0145.13.061611-6/002	27/04/2017
<b>401</b>	1.0145.13.018957-7/001	03/05/2017
<b>402</b>	1.0000.17.004185-9/001	16/05/2017
<b>403</b>	1.0145.15.001342-6/001	19/06/2017
<b>404</b>	1.0145.15.001344-2/001	19/06/2017
<b>405</b>	1.0000.17.009700-0/001	22/06/2017
<b>406</b>	1.0145.14.060007-6/006	22/06/2017
<b>407</b>	1.0145.15.037006-5/001	22/06/2017
<b>408</b>	1.0000.16.093440-2/002	28/06/2017
<b>409</b>	1.0145.13020384-0/003	28/06/2017
<b>410</b>	1.0145.14.041119-3/002	28/06/2017
<b>411</b>	1.0000.17.012917-5/001	05/07/2017
<b>412</b>	1.0000.17.025607-7/002	06/07/2017
<b>413</b>	1.0145.13.063891-2/001	06/07/2017
<b>414</b>	1.0145.15.001316-0/001	06/07/2017
<b>415</b>	1.0090.16.002212-6/002	11/07/2017
<b>416</b>	1.0145.14.042613-4/003	07/08/2017
<b>417</b>	1.0145.15.032083-9/001	08/08/2017
<b>418</b>	1.0000.17.012068-7/002	09/08/2017
<b>419</b>	1.0000.17.018861-9/001	09/08/2017
<b>420</b>	1.0000.17.018861-9/002	09/08/2017
<b>421</b>	1.0000.17.021884-6/001	09/08/2017
<b>422</b>	1.0145.13.044589-6/006	09/08/2017
<b>423</b>	1.0145.14.031341-5/006	09/08/2017

<b>424</b>	1.0145.14.031341-5/009	10/08/2017
<b>425</b>	1.0000.17.033575-6/001	16/08/2017
<b>426</b>	1.0145.13.068781-9/001	22/08/2017
<b>427</b>	1.0000.16.074711-9/001	23/08/2017
<b>428</b>	1.0145.13.043530-1/008	05/09/2017
<b>429</b>	1.0024.13.411727-4/001	12/09/2017
<b>430</b>	1.0000.17.040712-6/001	13/09/2017
<b>431</b>	1.0145.15.018901-0/002	14/09/2017
<b>432</b>	1.0000.16.088113-2/001	20/09/2017

**Fonte: site do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) / elaborado pelo autor.**

## ANEXO I

# RECOMENDAÇÃO 36 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA



*Conselho Nacional de Justiça*

RECOMENDAÇÃO Nº 36 , DE 12 DE JULHO DE 2011.

Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar.

**O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ)**, no uso de suas atribuições;

**CONSIDERANDO** que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (arts. 197 e 199 da Constituição da República),

**CONSIDERANDO** que os planos de saúde constituem forma contratual de assistência à saúde, regulamentada pela Lei nº 9.656/1998,

**CONSIDERANDO** o crescente número de demandas envolvendo a assistência à saúde suplementar em tramitação no Poder Judiciário brasileiro,

*Handwritten signature*



## *Conselho Nacional de Justiça*

**CONSIDERANDO** que o Poder Judiciário tem buscado a mediação como melhor forma de solução de conflitos,

**CONSIDERANDO** a decisão plenária da 130ª Sessão Ordinária, de 5 de julho de 2011, deste Conselho Nacional de Justiça, exarada nos autos do Ato nº 0003257-77.2011.2.00.0000,

### **RESOLVE:**

I – Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais que:

a) celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico, sem ônus para os Tribunais, composto por médicos e farmacêuticos, indicados pelos Comitês Executivos Estaduais, para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais;

b) facultem às operadoras interessadas o cadastramento de endereços para correspondência eletrônica junto às Comarcas, Seções e Subseções Judiciárias, com vistas a facilitar a comunicação imediata com os magistrados, e, assim, fortalecer a mediação e possibilitar a autorização do procedimento pretendido ou a solução amigável da lide, independentemente do curso legal e regular do processo;

c) orientem os magistrados vinculados, por meio de suas corregedorias, a fim de que oficiem, quando cabível e possível, à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao Conselho Federal de Medicina (CFM), ao Conselho Federal de Odontologia (CFO), para se manifestarem acerca da matéria debatida dentro das atribuições de cada órgão, específica e respectivamente sobre obrigações regulamentares das operadoras, medicamentos, materiais, órteses, próteses e tratamentos experimentais. *JS*



## *Conselho Nacional de Justiça*

II – Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (ENFAM) e às Escolas de Magistratura Estaduais e Federais que promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do Ministério Público e operadoras, a fim de propiciar maior entrosamento sobre a matéria.

III – Recomendar aos Comitês Executivos Estaduais que incluam, dentre os seus membros, um representante de planos de saúde suplementar, no intuito de fomentar o debate com as operadoras, diante dos dados constantes em seus arquivos.

Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais.

A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to be 'Cezar Peluso'.

Ministro **Cezar Peluso**  
Presidente

## ANEXO II

# PORTARIA CONJUNTA Nº 643/PR/2017 TJMG



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais  
Tribunal de Justiça

Publicação: 06/06/17  
DJe: 05/06/17

### PORTARIA CONJUNTA Nº 643/PR/2017

Dispõe sobre a regulação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário para as demandas de saúde – NAT-JUS, no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais – TJMG.

O PRESIDENTE e o 2º VICE-PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS e o CORREGEDOR-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, no uso das atribuições que lhes conferem, respectivamente, o inciso II do [art. 26](#), o inciso III do [art. 30](#) e os incisos I e XIV do [art. 32, todos do Regimento Interno do Tribunal de Justiça](#), aprovado pela [Resolução do Tribunal Pleno nº 3](#), de 26 de julho de 2012,

CONSIDERANDO que a judicialização da saúde envolve questões complexas que exigem a adoção de medidas para aprimorar a qualificação em matéria de saúde, em atendimento às [Recomendações do Conselho Nacional de Justiça – CNJ nº 31](#), de 30 de março de 2010, e [nº 36](#), 12 de julho de 2011, e à [Recomendação nº 4](#), de 1º de fevereiro de 2017, da Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais;

CONSIDERANDO as diretrizes formuladas pela [Resolução do CNJ nº 238](#), de 06 de setembro de 2016, que dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais, de Comitês Estaduais da Saúde, prevendo, ainda, a criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário – NAT-JUS;

CONSIDERANDO que a complexidade das questões médicas e de gestão que envolvem as demandas de saúde e o impacto que decisões vêm causando no erário, inclusive no âmbito dos municípios, requerem a adoção de medidas para dotar os magistrados de informações que permitam soluções seguras sobre o tema,

RESOLVEM:

Art. 1º O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais - TJMG criará Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário – NAT-JUS, constituídos por profissionais de saúde, para prestar apoio técnico aos magistrados de Primeira e Segunda Instâncias, nas demandas que envolvam direito à saúde.

Parágrafo único. Os profissionais de saúde que atuarão nos NAT-JUS poderão ser servidores dos quadros de pessoal do TJMG ou de outras entidades e Poderes, dependendo, nos dois últimos casos, de celebração de convênio.

Art. 2º São atribuições dos NAT-JUS:

I - elaborar "pareceres técnicos", "notas técnicas" e "respostas técnicas" sobre saúde;



II - prestar esclarecimentos sobre a melhor evidência científica, de eficácia, eficiência, efetividade e segurança;

III - informar sobre a existência de produto ou serviço similar nos protocolos clínicos do sistema de saúde pública ou suplementar.

Art. 3º O NAT-JUS contará com a estrutura e profissionais da Central de Perícias Médicas Judiciais – CEMED para a elaboração de pareceres, notas e respostas técnicas em atendimento a requisições judiciais formuladas por magistrados em demandas sobre saúde.

§ 1º Os profissionais de saúde que trata o "caput" deste artigo prestarão auxílio ao NAT-JUS:

I - sem prejuízo de suas atribuições na CEMED, conforme legislação de regência;

II - nas demandas afetas às unidades judiciárias da 1ª instância e das câmaras e seções do TJMG.

§ 2º As atividades de auxílio ao NAT-JUS desenvolvidas pelos profissionais de saúde da CEMED serão organizadas e acompanhadas pela Coordenação do Comitê Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Art. 4º A Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes – EJEJ, por meio da Coordenação de Indexação de Acórdãos e Organização de Jurisprudência – COIND, providenciará a criação e a manutenção de página eletrônica do Comitê Estadual de Saúde, a ser hospedada na página da EJEJ, constante do Portal Eletrônico do TJMG.

Art. 5º O Comitê Estadual de Saúde de Minas Gerais a que se refere esta Portaria Conjunta e o art. 1º da [Resolução do CNJ nº 238](#), de 06 de setembro de 2016, é o designado pela [Portaria da Presidência nº 3.435](#), de 19 de agosto de 2016.

Art. 6º Os magistrados efetuarão as requisições de notas técnicas por meio do preenchimento de formulário eletrônico, a ser disponibilizado no Portal TJMG, na página do Comitê Estadual de Saúde.

§ 1º Para evitar a duplicidade de serviço para a mesma finalidade, a COIND fará uma consulta prévia no acervo da Biblioteca Digital do TJMG, verificando se existe informação técnica que trate do mesmo tema.

§ 2º Caso não haja informação técnica precedente sobre o mesmo tema no acervo da Biblioteca Digital, a requisição será encaminhada imediatamente ao NAT-JUS.

§ 3º Caso exista, no acervo da Biblioteca Digital do TJMG, informação técnica sobre o mesmo tema, esta deverá ser enviada imediatamente ao magistrado requisitante.



§ 4º Na hipótese do § 3º deste artigo, a solicitação somente será encaminhada ao NAT-JUS se o magistrado requisitante reiterá-la ao fundamento de que as informações disponíveis não atendem às suas necessidades.

§ 5º A requisição do juiz deve ser respondida, dentro do possível, no prazo máximo de 72 horas, ressalvando-se a possibilidade de o magistrado responsável informar situação emergencial que exija resposta em prazo mais exíguo.

§ 6º A COIND comunicará imediatamente ao magistrado eventual impossibilidade de o NAT-JUS atender à requisição no prazo estipulado no §5º deste artigo, seja em razão de excesso de demanda ou de impropriedade formal da requisição.

§ 7º É facultativa a consulta ao NAT-JUS, ficando o TJMG e os profissionais de saúde de que trata o art. 3º desta Portaria Conjunta isentos de qualquer responsabilidade por prejuízos advindos de eventual atraso na apresentação de parecer técnico, nota técnica ou resposta técnica.

Art. 7º Elaborado o parecer técnico, nota técnica ou resposta técnica, o seu conteúdo será encaminhado imediatamente ao magistrado, com cópia para a COIND, para que proceda à inclusão no acervo da Biblioteca Digital do TJMG.

Art. 8º O Comitê Executivo Estadual poderá auxiliar o TJMG na implantação de NAT-JUS nas regionais de saúde, inclusive com sugestões de potenciais parcerias ou convênios.

Art. 9º A COIND manterá atualizado, na Biblioteca Digital do TJMG, o banco de dados com os pareceres, notas e respostas técnicas produzidos pelo NAT-JUS.

Parágrafo único. Além dos dados a que se refere o caput deste artigo, também constará do acervo da Biblioteca Digital do TJMG precedentes, jurisprudências, doutrina, pareceres, notas e respostas técnicas produzidos por outros órgãos, tais como, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS - CONITEC, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Conselho Federal de Medicina - CFM, dentre outros.

Art. 10. Esta Portaria Conjunta entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 31 de maio de 2017.

Desembargador **HERBERT JOSÉ ALMEIDA CARNEIRO**  
Presidente

Desembargador **WAGNER WILSON FERREIRA**  
2º Vice-Presidente

Desembargador **ANDRÉ LEITE PRAÇA**  
Corregedor-Geral de Justiça



1ª EDIÇÃO *Setembro de 2019*  
FORMATO *14x21cm*  
MIOLO *Papel Offset 75 g/m<sup>2</sup>*  
CAPA *Papel Supremo 250 g/m<sup>2</sup>*  
TIPOGRAFIA *Bergamo Std*  
IMPRESSÃO *Gráfica Multifoco*