REVISTA DE DIREITO DA SAÚDE COMPARADO

Recebido em: 21/05/2025 Aceito em: 02/06/2025
DOI: https://doi.org/10.56242/direitodasaudecomparado;2025;4;6;67-76

Da inexistência de relação de consumo nas autogestões

José Luiz Toro da Silva
Advogado. Professor. Mestre, Doutor e Pós Doutor em Direito.
Consultor Jurídico Nacional da UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde.

Sumário

1. Introdução. 2. Desenvolvimento. 3. Considerações. Referências

Resumo

O presente artigo demonstra as modalidades existentes de instituições de autogestão em saúde, bem como que elas são destinadas à grupos fechados, expressamente definidos na norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Além da observância de critérios de elegibilidade, as entidades devem assegurar a representatividade dos beneficiários titulares e dos patrocinadores no órgão deliberativo superior, pois eles devem participar da governança da instituição. Tal fato é que diferencia um consumidor ou uma empresa contratante, de um membro ou uma empresa patrocinadora ou mantenedora de uma entidade de autogestão. Em decorrência dessas particularidades, o Superior Tribunal de Justiça reconheceu a inexistência de relação de consumo nas autogestões de saúde, através da Súmula n. 608. Apesar de alguma polêmica existente a partir do advento da Lei n. 14.454, de 2022, que alterou o artigo 1º. da Lei n. 9.656, de 1998, a fim de assegurar a aplicação simultânea do CDC, o presente artigo deixa evidenciado que permanecem em vigor os fundamentos da súmula do STJ, pois o conceito de consumidor deve ser buscado no CDC e não na lei dos planos de saúde.

Palavras-chave: Autogestão em saúde; Grupos fechados; Regulação exercida pela ANS; Inexistência de relação de consumo; Aplicação da Súmula 608 do STJ.

Abstract

This article demonstrates the existing types of self-management institutions in healthcare, as well as that they are intended for closed groups, expressly defined in the norm of the National Supplementary Health Agency – ANS. In addition to observing eligibility criteria, the entities must ensure the representation of the beneficiaries and sponsors in the highest deliberative body, as they must participate in the governance of the institution. This fact is what differentiates a consumer or a contracting company from a member or a sponsoring or maintaining

company of a self-management entity. As a result of these particularities, the Superior Court of Justice recognized the non-existence of a consumer relationship in healthcare self-management, through Summary No. 608. Despite some controversy since the advent of Law No. 14,454, of 2022, which amended Article 1 of Law No. 9,656 of 1998, in order to ensure the simultaneous application of the CDC, this article makes it clear that the foundations of the STJ summary remain in force, since the concept of consumer should be sought in the CDC and not in the health insurance law.

Key words: Self-management in health; Closed groups; Regulation exercised by the ANS; Absence of consumer relationship; Application of STJ Summary 608.

1 Introdução

Apesar da Lei n. 9.656, de 1998, em seu artigo 1º. mencionar a aplicação simultânea das disposições do Código de Defesa do Consumidor e o seu artigo 35-G deixar expresso, de forma contraditória, que "aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o parágrafo 1º. desta Lei as disposições da Lei n. 8.078, de 1990", há que se verificar que aludida aplicação simultânea ou subsidiária somente se justifica quando se está diante de uma inequívoca relação de consumo.

Ademais, vale observar que o Código de Defesa do Consumidor não define o que é uma relação de consumo, restringindo-se nas definições de "consumidor" e "fornecedor", deixando expresso que os serviços praticados em decorrência de relações de caráter trabalhista não estão sujeitos à mencionada norma.

Neste sentido, verifica-se que as autogestões não possuem finalidade lucrativa, sendo que, os seus beneficiários são, na maioria dos casos, ao mesmo tempo "consumidores" e "proprietários" das mencionadas entidades, participando da tomada de decisões, com direito de votar e ser votado, mesmo que de forma indireta, ou então esses planos de saúde são decorrentes de relação laboral ou negociação coletiva de trabalho, não se caracterizando, portanto, como uma verdadeira relação de consumo.

Evidencia-se, portanto, através da simples leitura do art. 2º. da Resolução Normativa – RN n. 137, de 2006, e suas alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que inexiste a condição de consumidor nas autogestões, pois são destinadas a um público fechado, não podendo essas entidades disponibilizar no mercado de consumo, asseverando o dispositivo citado que:

> "Art. 2º Para efeito desta resolução, define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:
> I – a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:
> a) sócios da pessoa jurídica; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
> b) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
> c) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).

d) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
e) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007)
f) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores. (Redação dada pela RN nº 355, de 2014).
II – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
e) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN nº 355, de 2014)
f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; (Redação dada pela RN nº 272, de 20/10/2011)
g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN nº 148, de 2007).
h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; (Redação dada pela RN nº 272, de 20/10/2011)
i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN nº 272, de 20/10/2011)
j) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; (Redação dada pela RN nº 355, de 2014)
k) as pessoas previstas nas alíneas "e", "f", "h", "i"e "j" vinculadas ao instituidor desde que este também seja patrocinador ou mantenedor da entidade de autogestão; ou (Acrescentado pela RN nº 272, de 20/10/2011)
III - pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários: (Redação dada pela RN nº 355, de 2014)
a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN nº 148, de 2007).
b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão; (Incluído pela RN nº 148, de 2007).
c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e (Incluído pela RN nº 148, de 2007).
d) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores. (Redação dada pela RN nº 355, de 2014)"

O próprio artigo 4º. da Resolução Normativa – RN n. 137, de 2006, e suas alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, deixa expresso que:

> "Art. 4º O ato constitutivo da entidade de **autogestão deverá conter o critério e a forma de participação dos beneficiários titulares que contribuam para o custeio do plano**, bem como do mantenedor ou patrocinador, **na composição dos seus órgãos colegiados de administração superior.** (Redação dada pela RN nº 148, de 2007)
> Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2º. (NR) (Incluído pela RN nº 148, de 2007)" (destaques nossos)

Obviamente, nas autogestões de departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado a relação jurídica subjacente entre a autogestão e o beneficiário é de índole laboral, afastando, por completo, a incidência do Código de Defesa do Consumidor, consoante o disposto no parágrafo 2º do artigo 3º. do CDC.

Nas autogestões com mantenedores ou patrocinadores, igualmente, os planos são destinados aos empregados e administradores destas pessoas jurídicas, também se subordinando a definição de **contrato coletivo empresarial** previsto no art. 5º. da Resolução Normativa – RN n. 557, de 2022 (antiga RN n. 195, de 2009), da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que dispõe:

> "Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por **relação empregatícia ou estatutária.**
> §1º **O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:**
> I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
> II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
> III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
> IV – os agentes políticos;
> V – os trabalhadores temporários;
> VI – os estagiários e menores aprendizes; e
> VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores." (destaques nossos)

2 Desenvolvimento

Denota-se que a expressão "estatutária" constante do artigo citado se refere aos estatutos dos servidores públicos, pois tal modalidade contratual é destinada às relações jurídicas subjacentes de índole laboral, como já mencionado.

Por fim, **nas autogestões destinadas a integrantes de determinada categoria profissional, são eles que administram o seu próprio plano de saúde, em conformidade com seus estatutos sociais, tendo poderes para votar e ser votado, bem como decidir, normalmente em assembleias ou através de órgãos representativos, sobre os destinos da autogestão, não se tratando, portanto, de uma relação de consumo.**

Verifica-se que essas entidades, que representam verdadeiras universalidades de direito, não podem ser consideradas como fornecedoras de serviços, à luz do CDC, sendo oportuno trazer

à colação memorável lição do emérito Prof. José Geraldo Brito Filomeno, um dos autores do anteprojeto do Código de Defesa do Consumidor, na obra homônima da editora Forense Universitária, comentada pelos autores do anteprojeto, 5ª. Ed., 1998, Rio de Janeiro, às págs.. 37/38, que assevera:

> "Finalmente, um outro aspecto que deve ser levado em consideração diz respeito a certas universalidades de direito ou mesmo de fato, como, por exemplo, associações desportivas ou condomínios. Ou seja, indaga-se se elas poderiam ou não ser consideradas como *fornecedores de serviços*, como os relativos aos associados ou então os condôminos (i.e., propiciamento de lazer, esportes, bailes, ou então serviços em geral de manutenção das áreas comuns).
> A questão ora reacendeu em decorrência da recente modificação do § 1º. do art. 52 do Código de Defesa do Consumidor, segundo a qual as multas de mora passam a ser da ordem de 2%.
> Resta evidente que aqueles entes, despersonalizados ou não, não podem ser considerados como *fornecedores*.
> É isto porque, quer no que diz respeito às entidades associativas, quer no que concerne aos condomínios em edificações, seu fim ou objetivo social é deliberado pelos próprios interessados, em última análise, sejam representados ou não por intermédio de conselhos deliberativos, ou então mediante participação direta em assembléias gerais que, como se sabe, são os órgãos deliberativos soberanos nas chamadas "sociedades contingentes".
> Decorre daí, por conseguinte, que quem delibera sobre seus destinos são os próprios interessados, não se podendo dizer que eventuais *serviços prestados pelos seus empregados, funcionários ou diretores, síndico e demais dirigentes comunitários, sejam enquadráveis no rótulo de "fornecedores"*, conforme nomenclatura do Código de Defesa do Consumidor."

Trazemos à colação importante decisão do STJ, de lavra do Ministro Massami Ueda que bem expôs seu entendimento sobre à forma de atuação das operadoras de planos de saúde na modalidade de autogestões e respectivos beneficiários:

> *"Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e, no seu conselho deliberativo ou de administração, há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam o custo da intermediação.*
> *A participação nos planos de autogestão, por serem fechados, ocorre quando o indivíduo passa a fazer parte do quadro de empregados ou servidores da empresa/órgão que instituiu o plano, tornando-se um associado com direito a votar e ser votado e a exercer cargos dentro da estrutura administrativa.*
> *É comum, nesse tipo de plano, como é o caso do plano de saúde aqui do Superior Tribunal de Justiça, a existência de regras restritivas na cobertura dos eventos, havendo a exigência de participação financeira do usuário em parte do custo dos eventos. Alguns eventos não são cobertos pelo plano e o ressarcimento é mínimo ou inexistente. Isso faz parte do regulamento com vista à manutenção de um custo mensal menor e o equilíbrio atuarial do plano.*
> *(...)*
> *(Resp 1121067/PR. Rel. Ministro MASSAMI UYEDA, Terceira Turma, j. 21.06.2011, DJe 03.02.2012)."*

Na linha adotada pelo Ministro Massami Ueda, o Superior Tribunal de Justiça resolveu alterar a sua antiga Súmula 469, a fim de deixar expresso na Súmula n. 608 que:

> "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

É oportuno trazer à colação as fundamentações apresentadas pelo Ministro-Relator Luís Felipe Salomão por ocasião da aprovação da mencionada súmula, **que continuam aplicáveis não obstante a alteração ocorrida no artigo 1º. da Lei n, 9.656, de 1998**, pois asseveram:

> A inegável diferença estrutural existente entre os planos de saúde oferecidos pelas entidades constituídas sob aquele modelo, de acesso restrito a um grupo determinado, daqueles comercializados por operadoras que oferecem seus produtos ao mercado geral e objetivam o lucro, ensejam a retomada do tema e encorajam submeter a questão ao criterioso exame desta Seção.
> Na linha desse raciocínio, o eminente Ministro Massami Uyeda, sensível a essa realidade, já no julgamento do REsp n. 1.121.067/PR, em junho de 2011, destacou as peculiaridades das entidades de autogestão que as diferenciavam das outras operadoras de planos de saúde e que reclamavam tratamento diferenciado àquela espécie. Na oportunidade daquele julgamento, anotou o insigne relator: Dentre os planos de saúde, existe uma categoria a qual pode ser chamada de planos de autogestão ou planos fechados, nos quais não há a presença da comercialização de produtos e a instituição não visa lucros.
> São planos criados por instituições diversas, governos municipais ou estaduais e empresas, sendo que algumas caixas de assistência existem há décadas e, portanto, anteriores à Lei 9.656/98. Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e, no seu conselho deliberativo ou de administração, há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários.
> O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam o custo da intermediação. (...) A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro.

e pondera o ilustre relator:

> O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano se viabilize. Aqueles que seguem e respeitam as normas do plano arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora. SÚMULAS - PRECEDENTES RSSTJ, a. 10, (47): 125-171, abril 2018 143 (REsp 1121067/PR, Rel. Ministro MASSAMI UYEDA, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/06/2011, DJe 03/02/2012)

Resta evidenciado que os planos das entidades de autogestão não podem ser oferecidos no mercado de consumo, destinando-se, exclusivamente, à grupos fechados de pessoas, sendo que os parágrafos 1º, 2º. e 3º. da Resolução Normativa – RN n. 137, de 2006, e suas alterações, da ANS, ainda deixam expresso que:

> "§1º **A entidade de autogestão só poderá operar plano privado de assistência à saúde coletivo e restrito aos beneficiários mencionados nos incisos I, II e III deste artigo.** (Redação dada pela RN nº 148, de 2007).
> §2º Constatado o descumprimento do disposto no parágrafo anterior, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.
> §3º Persistindo a irregularidade após o decurso do prazo previsto no parágrafo anterior, a ANS

> aplicará a sanção administrativa cabível e promoverá a reclassificação da modalidade da operadora." (destaques nossos)

A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através da Nota Técnica n. 76/2025/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIRAD/DIOPE/DIOPE, deixa expresso que a "característica basilar do conceito de autogestão reside na possibilidade de seus integrantes poderem administrar seu próprio plano de saúde, em conformidade com seus estatutos sociais, tendo poderes para votar e ser votado, de forma direta ou indireta, bem como decidir, normalmente em assembleias ou através de órgãos representativos, sobre os destinos da autogestão."

E acrescenta a nota técnica que:

> "Quanto à gestão participativa dos beneficiários, entendemos ser ponto pacífico e positivo dessa modalidade, sendo um critério mais objetivo e eficaz para delimitação do "grupo fechado" a ser atendido – ou seja – o grupo é delimitado por aqueles que resolvem se associar de forma solidária, espontânea e autogerida. Neste sentido, os participantes dos planos de assistência à saúde, administrados pelas empresas de autogestão, necessariamente devem possuir representação nos seus órgãos deliberativos, sendo corresponsáveis pela própria gestão da operadora, independentemente da correlação das atividades ou mesmo das categorias profissionais a eu pertençam. Isto, no nosso entender, fornece maior transparência às atividades das operadoras, permitindo um melhor alinhamento entre a estratégia e a estrutura. No entanto, faz-se necessário explicar, minimamente, como essa participação poderia ser assegurada, garantindo uma estrutura mínima de governança sobre essas operadoras."

Resta evidenciado que as autogestões somente podem oferecer seus produtos para grupos fechados, em conformidade com a regulação exercida pela ANS, assegurada a participação de seus membros nos órgãos de governança excetuada a autogestão de recursos humanos ou órgão assemelhado.. Tal representatividade distingue um consumidor de um membro de uma entidade de autogestão, bem como de uma empresa contratante e uma empresa patrocinadora de determinada autogestão.

Ademais, o art. 22 da Resolução Normativa - RN Nº 489, de 22 de março de 2022, que *Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde*, deixa expresso que se caracteriza como infração regulatória:

> "Art. 22. Ofertar produto ativo à beneficiário distinto do **grupo restrito da modalidade autogestão.**
> Sanção - advertência;
> multa de R$ 25.000,00." (destaques nossos)

Se aludida infração produzir efeitos de natureza coletiva, o valor da multa pecuniária fixada poderá ser aumentado em até vinte vezes, consoante o disposto no art. 9º. da citada RN n. 489, de 2022, restando demonstrado que a autogestão não pode oferecer produtos no mercado de consumo, mas somente para os grupos restritos dispostos na RN n. 137, de 2006, e suas alterações.

Portanto, verifica-se que os artigos 1º., caput, e 35-G da Lei n. 9.656, de 1998, devem ser interpretados de forma sistêmica com o Código de Defesa do Consumidor, sendo aplicáveis somente aos casos que evidenciam relação de consumo.

Por fim, trazemos á colação diversos julgados de nossos tribunais que reconhecem a não incidência do Código de Defesa do Consumidor nas operações realizadas pelas entidades de autogestão em saúde, em face dos motivos acima expostos, sendo que algumas dessas decisões foram proferidas, inclusive, pelo Superior Tribunal de Justiça, após o advento da Lei n. 14.454, de 2022, a saber:

> APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE LIMINAR E DANOS MORAIS. SENTENÇA PELA PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE DIABETES EM GRAU AVANÇADO. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. **INAPLICABILIDADE DO CDC. SÚMULA N.º 608 DO STJ.** RECUSA DA RÉ AO FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO SOB A ALEGAÇÃO DE FALTA DE INDICAÇÃO DA ANS, NÃO CONSTADO DO SEU ROL. INADMISSIBILIDADE. ROL ORIENTADOR QUE PREVÊ A COBERTURA MÍNIMA OBRIGATÓRIA. ABUSIVIDADE. ATITUDE QUE AGRAVA A SITUAÇÃO DE ANSIEDADE E SOFRIMENTO DO PACIENTE. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. SENTENÇA INTEGRALMENTE MANTIDA PRECEDENTES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA E DESTA CORTE.CONSECTÁRIOS LEGAIS. RECURSO CONHECIDO E PROVIMENTO NEGADO. À UNANIMIDADE.
> (TJ-AL - AC: 07227075720188020001 Maceió, Relator: Desa. Elisabeth Carvalho Nascimento, Data de Julgamento: 15/06/2023, 2ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/06/2023)
>
> AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. **PLANO DE SAÚDE. INAPLICABILIDADE DO CDC AOS PLANOS DE SAÚDE SOB A MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. AUSÊNCIA DE RELAÇÃO DE CONSUMO. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO. APLICABILIDADE. SÚMULA 608/STJ.** AGRAVO IMPROVIDO. 1. Segundo a jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão" (Súmula n. 608 desta Corte). 2. Agravo interno a que se nega provimento.
> (STJ - AgInt nos EDcl no AREsp: 1310685 SP 2018/0148548-2, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Julgamento: 12/11/2018, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 16/11/2018)
>
> APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Cerceamento de defesa. Inocorrência. Sendo o julgador o destinatário da prova compete-lhe aferir da conveniência e oportunidade para o pronto julgamento da demanda. Necessidade da prova não demonstrada. Segurado portador de Transtorno do Espectro Autista. Indicação médica para terapia com métodos ABA, PECS, TEACCH e BOBATH. Negativa de cobertura. Impossibilidade. Plano de saúde de autogestão. **Inaplicabilidade do CDC, mas incidência Lei nº 9.656/98.** Havendo a cobertura da doença não poderá o plano de saúde limitar seu tratamento, negando-se ao custeio ou restringindo-se o número de sessões. A eleição da melhor terapêutica está sob a responsabilidade do médico e não do plano de saúde. Súmula 102 deste Tribunal de Justiça. Alteração da Lei nº 9.656/98 pela Lei nº 14.454 de 21 de setembro de 2022. Rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar que constitui referência básica para os planos de saúde. Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS. Precedentes do STJ. Pareceres do NATJUS não são obrigatórios ou vinculativos, e restaram superados pela própria normativa da ANS. Recurso desprovido.
> (TJ-SP - AC: 10039963320198260451 Piracicaba, Relator: Hertha Helena de Oliveira, Data de Julgamento: 16/06/2023, 2ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 16/06/2023)
>
> APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – **PLANO DE SAÚDE AUTOGESTÃO - INAPLICABILIDADE DO CDC - APLICAÇÃO DAS NORMAS DE DIREITO CIVIL** - COBERTURA PARA TRATAMENTO DA DOENÇA - ROL DA ANS EXEMPLIFICATIVO - PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA TRATAMENTO DOMICILIAR/HOME CARE - IMPOSSIBILIDADE DE VEDAÇÃO – PRECEDENTES – PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS LEGAIS – RECURSO CONHECIDO E PROVIDO PARCIAL. **1. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor em relação à Cassems, haja vista tratar-se de plano de saúde sob a modalidade de autogestão, consoante súmula 608, do STJ e enten-**

dimento do STJ e desta Corte. 2. Sendo assim, submete-se o contrato em questão às normas previstas na legislação civil sobre a matéria. 3. Prevalece na jurisprudência o entendimento segundo o qual a lista disponibilizada pela agência reguladora – ANS, traz apenas a referência básica para cobertura assistencial mínima obrigatória nos planos de saúde, não indicando minuciosamente todos os tratamentos que devem ser cobertos pelas operadoras. 4. Sendo assim, quando houver prescrição médica para o restabelecimento da saúde, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário, tendo em vista que o médico é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao paciente acometido de doença coberta. 5. Ainda que inexista cobertura contratual para "home care", ao paciente é assegurado a continuidade do tratamento em seu domicílio, desde que observados os critérios definidos pela Terceira Turma do STJ no REsp 1537301/RJ.
(TJ-MS - AC: 08018583720218120018 Paranaíba, Relator: Des. Sideni Soncini Pimentel, Data de Julgamento: 07/06/2023, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 15/06/2023)
"RECURSO ESPECIAL Nº 2049324 - RS (2023/0020471-2) EMENTA RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO PARA USO DOMICILIAR. NEGATIVA DE COBERTURA. TAXATIVIDADE, EM REGRA, DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. NECESSIDADE DE RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO DE ORIGEM PARA OBSERVÂNCIA DOS PARÂMETROS OBJETIVOS ESTABELECIDOS NO PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO DO STJ. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. (...) **1. INCIDE O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR NOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE, SALVO OS ADMINISTRADOS POR ENTIDADES DE AUTOGESTÃO, CONSOANTE DISPOSIÇÃO DO ARTIGO 3º, § 2º, BEM COMO PELO QUE DISPÕE A SÚMULA Nº 608 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA** E O ARTIGO 35 DA LEI Nº 9.656/1998. (...) Registre, por fim, que na pendência do julgamento do presente recurso, sobrevieram as Leis 14.307/2022 e 14.454/2022, alterando o art. 10 da Lei 9.656/1998, nos seguintes termos: (...) Publique-se." (STJ - REsp: 2049324 RS 2023/0020471-2, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Publicação: DJ 01/03/2023)
"CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO ANTERIOR À LEI N. 9.656/1998. **INCIDÊNCIA DO CDC. SÚMULA N. 608/STJ.** DOENÇA COBERTA. INDICAÇÃO MÉDICA. NEGATIVA DE ATENDIMENTO INDEVIDA. STENT. CIRURGIA CARDÍACA. REEXAME DE CONTEÚDO FÁTICO-PROBATÓRIO. INADMISSIBILIDADE. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. ACÓRDÃO RECORRIDO CONFORME A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AUSÊNCIA DE OMISSÃO NO ACÓRDÃO RECORRIDO. DECISÃO MANTIDA.
(...)
4. Com efeito, "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão" (SÚMULA 608, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018).
(...)
(AgInt no AREsp n. 2.132.206/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023, DJe de 31/3/2023.) (destaques nossos)

3 Considerações

Lembrem-se ainda que aludidas decisões também foram proferidas na vigência do artigo 35-F da Lei n. 9.656, de 1998, que não foi alterado pela Lei n. 14.454, de 2022, que já tratava da aplicação subsidiária do CDC aos termos da Lei n. 9.656, de 1998, sendo que aludida incidência subsidiária somente será possível se evidenciada uma relação de consumo, o que não ocorre nas autogestões. A redação dada pela Lei n. 14.454, de 2022, não altera o citado entendimento, nem em relação a aplicação subsidiária, pois a norma especial se sobrepõe a norma geral, nem com referência a incidência do CDC somente se estivermos diante de uma relação de consumo.

Concluindo, verifica-se que deve ser rechaçada qualquer interpretação que procure aplicar o Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde das entidades de autogestões, pois a doutrina, a regulação exercida pela ANS e as decisões reiteradas dos tribunais, inclusive do STJ, deixam devidamente demonstrada a sua não incidência, pois inexistente *in casu* relação de consumo, lembrando que o conceito de consumidor deve ser buscado na Lei n. 8.078, de 1990, e não na Lei n. 9.656, de 1998, mesmo com a alteração realizada pela Lei n. 14.454, de 2022.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as atividades de autogestão de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=-textoLei&format=raw&id=MTExNw== . Acesso em: 21. maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 489, de 22 de março de 2022. Brasília, DF, 22 mar. 2022. Disponível em https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE0OQ== . Acesso em: 21. maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 557, de 18 de outubro de 2022. Dispõe sobre a adoção de medidas administrativas e a aplicação de sanções pelas operadoras de planos de saúde e pela ANS no âmbito do monitoramento do risco assistencial. Disponível em https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&-format=raw&id=NDMyOQ== . Acesso em: 21. maio 2025.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 21. maio 2025.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 21. maio 2025.

BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm. Acesso em: 21. maio 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 469. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. Cancelada em 16 de abr. 2018. Brasília, DF. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?livre=(sumula%20adj1%20%27469%27).sub. Acesso em: 21. maio 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Aprovada em 24 out. 2018. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?pesquisaAmigavel=+s%FAmula+608&b=SUMU&ordenacao=-%40NUM&numDocsPagina=10&i=1&O=&ref=&processo=&ementa=&materia=&situacao=&orgao=&data=&dtpb=&dtde=&operador=e&livre=s%FAmula+608. Acesso em: 21. maio 2025.

FILOMENO, J. G. B. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. p. 37-38.