

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE DIREITO**

LUCIANA ALVES BARBOSA
LÚCIO ANDRÉ VIEIRA LIMA
JOSELAINÉ MEIRELES DE ALMEIDA
DANIELA VIDAL WILLIS FERNANDEZ

**CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE: A RELAÇÃO JURÍDICA,
INTERPRETAÇÃO DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS DOS
CONTRATOS DE EMPREGADOS DEMITIDOS OU APOSENTADOS À
LUZ DO DIREITO E DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR.**

Rio de Janeiro

2019

**CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE: A RELAÇÃO JURÍDICA,
INTERPRETAÇÃO DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS DOS
CONTRATOS DE EMPREGADOS DEMITIDOS OU APOSENTADOS À
LUZ DO DIREITO E DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR.**

**HEALTH PLAN CONTRACTS: THE LEGAL RELATION,
INTERPRETATION OF CONTRACTUAL CLAUSES OF EMPLOYEE
CONTRACTS LAUNCHED OR RETIRED IN THE LIGHT OF LAW AND
THE NATIONAL SUPPLEMENTARY HEALTH AGENCY.**

Luciana Alves Barbosa

Graduanda do Curso de Direito do Centro Universitário São José

Lúcio André Vieira Lima

Graduando do Curso de Direito do Centro Universitário São José

Joselaine Meireles de Almeida

Graduanda do Curso de Direito do Centro Universitário São José

Professora orientadora: Daniela Vidal Willis Fernandez

Titulação: Advogada, mestre em Direito Econômico pela Universidade Cândido Mendes,
pós-graduação em Direito Processual Civil pela Universidade Cândido Mendes

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar e dissertar sobre as várias interpretações acerca das cláusulas contratuais inerentes a relação jurídica existente entre operadoras de saúde e os beneficiários de empresas que foram demitidos ou aposentados, principalmente no que diz respeito a garantia da manutenção do benefício do plano de saúde. É certo que ao ser demitido ou aposentado a situação muda um pouco, já que algumas empresas deixam de informar ao funcionário que foi demitido ou está se aposentando que ele possui direito a utilização do plano de saúde de acordo com o tempo proporcional que foi contribuinte, estendendo-se aos seus dependentes no plano o benefício. Aos demitidos sem justa e aposentados a lei nº 9.656/98 garante a manutenção dos planos de saúde empresariais após o seu desligamento da empresa, desde que tenham contribuído no pagamento do plano de saúde e assumido integralmente a mensalidade após o desligamento. A definição de cada um deles é um fato de suma importância, uma vez que o objeto deste trabalho será exatamente a

possibilidade de um tipo de beneficiário permanecer a ele vinculado, ainda que este vínculo com o contratante tenha sido extinto, por demissão sem justa causa, ou por aposentadoria (arts. 30 e 31, da Lei 9.656/1998).

Palavras-chave: Relação Jurídica, Cláusulas Contratuais, Aposentados.

ABSTRACT

This article aims to analyze and dissert on the various interpretations about contractual clauses inherent in the legal relationship between health care providers and the beneficiaries of companies that were dismissed or retired, especially with regard to ensuring the maintenance of the benefit of the plan. of health. Admittedly, upon dismissal or retirement the situation changes somewhat, as some companies fail to inform the employee that he or she has been dismissed or retiring that he or she is entitled to use the health insurance within the commensurate amount of time, extending the benefit to their dependents on the plan. To the dismissed without fair and retired the law 9.656 / 98 guarantees the maintenance of the corporate health plans after their dismissal from the company, provided that they have contributed to the payment of the health plan and fully assumed the monthly payment after the dismissal. The definition of each of them is a fact of paramount importance, since the object of this work is exactly the possibility of a type of beneficiary remaining linked to it, even though this relationship with the contractor has been terminated by dismissal without cause. , or by retirement (Articles 30 and 31 of Law 9,656 / 1998).

Keywords: Legal Relationship, Contractual Clauses, Retired.

INTRODUÇÃO

O artigo científico tem como objetivo analisar e dissertar sobre as várias interpretações acerca das cláusulas contratuais inerentes a relação jurídica existente entre operadoras de saúde e os beneficiários de empresas que foram demitidos ou aposentados, principalmente no que diz respeito a garantia da manutenção do benefício do plano de saúde.

Tais cláusulas encontram-se inseridas expressamente nos contratos de plano de saúde no momento em que o funcionário é contratado pela empresa, contudo, ao serem admitidos muitas vezes não leem com atenção o documento que estão assinando e confiam somente na palavra do funcionário da área de recursos humanos da empresa contratante.

É certo que ao ser demitido ou aposentado a situação muda um pouco, já que algumas empresas deixam de informar ao funcionário que foi demitido ou está se aposentando que ele possui direito a utilização do plano de saúde de acordo com o

tempo proporcional que foi contribuinte, estendendo-se aos seus dependentes no plano o benefício.

Sendo assim, o tema será trabalhado conforme os aspectos atuais inerentes aos contratos de serviço de prestação privada da saúde, mediante pesquisa bibliográfica, legislação, código civil, código do consumidor, resoluções normativas da ANS, artigos publicados na Internet, entre outras fontes essenciais ao tema.

Portanto, o objetivo geral do estudo é analisar o contrato e a forma como as empresas apresentam aos funcionários que foram demitidos ou estão se aposentando o direito a utilização do plano de saúde.

Enquanto os objetivos específicos são identificar a forma utilizada pelas empresas nos dias atuais no que tange o benefício de plano de saúde à luz do Direito e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; verificar as cláusulas contratuais dos planos para demitidos e aposentados e propor medidas para melhor entendimento do ex-funcionário no ato da assinatura para permanência no plano de saúde.

O presente trabalho tem por finalidade demonstrar a viabilidade, necessidade e objetividade da manutenção do plano de saúde aos demitidos sem justa causa e aposentados. Neste sentido, Salazar (2009, p.12), diz: “com a entrada em vigor da Lei 9656/98, os consumidores passaram a ter mais respaldo na hora de contratar um plano de saúde, vários pontos foram melhorados”.

Diz-se que a Lei 9.656 constitui o marco regulatório dos planos de saúde, pois, como dito anteriormente, antes da criação da lei, as Operadoras de Planos de Saúde não tinham nenhuma legislação que pudessem seguir, já que não existia nada que destinasse especificamente os seus contratos, não havendo regras definidas para essa relação de consumo. Os consumidores eram desamparados e sofriam com abusos cometidos pelos fornecedores, não tendo a que recorrer para assegurarem seus direitos.

Nas palavras de Salazar (2009, p. 11): “Anteriormente à Lei 9656/98, os consumidores tinham muitas desvantagens na hora de contratar um plano de assistência à saúde, as cláusulas dos contratos eram estabelecidas de forma unilateral”.

Aos demitidos sem justas e aposentados a lei nº 9.656/98 garante a manutenção dos planos de saúde empresariais após o seu desligamento da empresa, desde que tenham contribuído no pagamento do plano de saúde e assumido integralmente a mensalidade após o desligamento.

O art. 30 da lei nº 9.656/98, garante aos demitidos sem justa causa e as seus familiares, inscritos na vigência do contrato de trabalho, permanência no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitado o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos, ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde.

Já os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano por tempo indeterminado ou até quando desejarem. Sendo o período inferior a 10 anos, cada ano de contribuição dá direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria. Ou seja, se contribuiu por oito anos, possui direito à manutenção do plano pelo mesmo período, oito anos. A previsão está inscrita no art. 31 da lei nº 9.656/98.

A medida visa ao amparo do idoso, que acaba ficando em situação de extrema desvantagem, pois não terá seu plano de saúde no momento de maior necessidade, quando alcança certa idade, mesmo tendo contribuído anos a fio para a seguradora.

A lei faculta, ainda, que o demitido ou aposentado tem o direito de manter a condição de beneficiário individualmente ou com seu grupo familiar, bem como incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

Cabe aduzir que os aposentados e ex-empregados não são consumidores novos, pois foram clientes da seguradora durante a vigência do contrato de trabalho. A única diferença é que a empresa pagava parte da mensalidade. Sendo assim, fora a previsão legal, esse direito já seria assegurado pelo princípio da boa-fé objetiva, que rege todo e qualquer contrato em nossa ordem jurídica. Portanto é completamente viável a manutenção do Plano de saúde após demissões sem justa causa ou aposentadorias.

Tendo em vista as peculiaridades dos contratos e do consumidor (e sua fragilidade diante do fornecedor), a ANS estabeleceu normas específicas para aqueles que são realizados individualmente ou coletivamente.

Conforme Bottesini (2015, p. 61):

A boa compreensão das causas que levaram o legislador a instituir o plano de referência, verdadeiro plano básico, exige ter atenção para o fato de que existe uma gradação das necessidades dos usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Há quem estabeleça três grupos de usuários, cada um deles com um plano ou seguro específico, adaptado para permitir acesso às redes de serviços que interessam a cada um desses segmentos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em Junho de 1998 foi aprovada a Lei 9.656, que constitui o marco regulatório para os planos de saúde a partir da sua vigência em Janeiro de 1999 e, em 2000, por meio da Lei 9.961 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, responsável pelo setor de planos de saúde em todo Brasil, com poderes regulatórios, fiscalizatórios e sancionatórios do mercado explorados pelas empresas de planos de saúde.

Considera-se a Lei 9656/98 um marco, uma vez que anteriormente não existia legislação que regesse as operadoras de planos de saúde, tampouco os seus contratos, ou seja, não existiam regras definidas para essa relação de consumo. Assim, os consumidores não tinham garantias efetivas de comprometimento das operadoras de planos de saúde, no que se referia as coberturas de procedimentos. Nas palavras de Salazar (2009, p. 11), muito bem descritas, fica implícito a situação ora mencionada acima: Anteriormente à Lei 9656/98, os consumidores tinham muitas desvantagens na hora de contratar um plano de assistência à saúde, as cláusulas dos contratos eram estabelecidas de forma unilateral.

Fato é que com a criação da Lei 9656/98 que regula a relação de consumo e da ANS, são criadas constantemente normas com intuito de proteger e assegurar que os usuários tenham seus direitos garantidos ao contratar e usufruir pela prestação dos serviços.

1. COMO MANTER O PLANO DE SAÚDE APÓS DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA OU DEVIDO A APOSENTADORIA

Para a obtenção dos dados será verificado junto ao site da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, Google acadêmico e citação de pontos de vistas de alguns especialistas em gestão de saúde.

Através destas pesquisas iremos pontuar as medidas que devem ser aplicadas pelas operadoras de planos de saúde para que os ex-funcionários demitidos sem justa causa ou aposentados permaneçam com o benefício do plano de saúde.

1.1 CLÁUSULAS CONTRATUAIS

Através da pesquisa no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor poderemos demonstrar que além da ANS, as operadoras devem seguir trâmites nas cláusulas contratuais para que o consumidor não fique desprotegido.

1.2 TRANSPARÊNCIA DA INFORMAÇÃO

Ao final da pesquisa realizada ficará claro a forma correta para ser mantido o plano e a transparência das informações de suma importância para que não haja nenhum problema para ambas as partes.

2. REQUISITOS PARA MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Extensão do benefício é o termo utilizado para destacar a situação em que o empregado demitido sem justa causa ou aposentado tem direito a manter o plano de saúde do qual era beneficiário enquanto funcionário ativo por um período de tempo,

desde que assuma o custeio integral da mensalidade do serviço de assistência médica contratado.

Os requisitos para ter direito a manutenção do plano de saúde foram estabelecidos pela lei n. 9.656/98 e regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com regras diferentes entre empregados demitidos sem justa causa e aposentados. Extensão do benefício para empregados demitidos sem justa causa.

A lei n. 9.656/98 (lei dos planos de saúde) estabelece que:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Assim, são requisitos para manter o plano de saúde após o término do vínculo de emprego:

a. demissão sem justa causa;

b. ter pagado (contribuído), ao menos, uma parte do valor da mensalidade do plano de saúde (desconto em folha de pagamento);

c. fazer o pagamento integral do valor da mensalidade após o término do vínculo de emprego.

A manutenção do plano de saúde deixa de existir caso o ex-empregado seja admitido em outra empresa, mesmo que essa outra empresa não ofereça plano de saúde aos empregados.

Extensão do benefício para aposentados:

Quando se trata da manutenção do plano de saúde para aposentados, esse direito é ainda mais relevante, pois o aposentado é idoso na maioria dos casos e, atualmente, há poucas opções de planos de saúde disponíveis para pessoas idosas.

Mesmo quando existem opções de contratação disponíveis no mercado, o idoso enfrenta muitas dificuldades para conseguir ser aceito pela operadora de saúde em novos planos.

Portanto, o direito à extensão do benefício tem aspecto de Direito Social, conquistado através da lei dos planos de saúde, que dispõe:

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.”

Dessa forma, são requisitos:

- a. aposentar-se;
- b. ter pagado (contribuído), ao menos, uma parte do valor da mensalidade do plano de saúde (desconto em folha de pagamento);
- c. fazer o pagamento integral do valor da mensalidade após o término do vínculo de emprego.

O direito é vitalício se o empregado aposentado tiver pagado ao menos uma parte do valor da mensalidade do plano de saúde (desconto em folha de pagamento) pelo período de 10 anos ou mais, independentemente de ter havido mudança da operadora de saúde.

Tendo contribuído com o pagamento por um período inferior a 10 anos, o empregado aposentado tem direito a manter o plano de saúde por um período equivalente a um ano para cada ano de contribuição.

Tal como no caso do direito à extensão do benefício para o empregado demitido sem justa causa, o aposentado também tem direito de manter seus dependentes no contrato e estes têm direito de manter o plano de saúde em caso de óbito do titular, pelo tempo a que este teria direito.

A ANS (2017, s.p.) resume: “Com base nesses requisitos, o presente estudo irá enfrentar as problemáticas relacionadas a cada um deles.”

O poder normativo da ANS: “Antes de adentrar propriamente na RN 279, necessário se faz abordar a questão do poder normativo da ANS e, ainda que de forma superficial, os limites que possui para esta atividade.”

A ANS foi criada por meio da Lei 9.961 de janeiro de 2000, como autarquia sob regime especial, que está vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território federal. Foi-lhe determinado que atuasse na regulamentação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Conforme diz o art. 1º da referida lei:

Para que o aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa seja mantido no plano devem ser observadas as seguintes condições:

- 1 – Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício.
- 2 – Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde.
- 3 – Assumir o pagamento integral do benefício.
- 4 – Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.

5 – Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício¹.

2.1. TIPOS DE PLANO DE SAÚDE

A Lei 9.656/98 estabeleceu tão somente os parâmetros para a contratação dos planos de saúde, especialmente os limites mínimos de cobertura (art. 10, caput e art. 12) e de exclusões dela cobertura (incisos do art. 10):

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...)

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1 do art. 1 desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

(...)

II - quando incluir internação hospitalar:

(...)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

(...)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

(...)

Diante da particularidade de cada contrato, a ANA estabeleceu normas específicas para aqueles que são realizados individualmente ou coletivamente.

¹ ANS. Disponível em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/aposentados-e-demitidos> Acesso dia, mês, ano.

Conforme Bottesini (2015, p. 61):

A boa compreensão das causas que levaram o legislador a instituir o plano de referência, verdadeiro plano básico, exige ter atenção para o fato de que existe uma gradação das necessidades dos usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Há quem estabeleça três grupos de usuários, cada um deles com um plano ou seguro específico, adaptado para permitir acesso às redes de serviços que interessam a cada um desses segmentos.

Os planos classificados pela ANS são de três tipos: o primeiro é o individual ou familiar, o segundo é o coletivo empresarial, e por fim, o terceiro é o coletivo por adesão, conforme a Resolução Normativa – RN 195/09.

O primeiro tipo, o individual ou familiar, é definido pelo art. 3º da RN 195, como, sendo “aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar”.

O plano de saúde coletivo empresarial é o que se estabelece em razão do vínculo empregatício ou estatutário do beneficiário com o contratante, conforme o art. 5º da RN 195, que assim o define:

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.

E o terceiro e último tipo de plano de saúde privado, também definido de acordo com o vínculo do beneficiário com o contratante, é o coletivo por adesão, classificado pelo art. 9º da RN 195 como:

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: [...]

A definição de cada um deles é um fato de suma importância, uma vez que o objeto deste trabalho será exatamente a possibilidade de um tipo de beneficiário permanecer a ele vinculado, ainda que este vínculo com o contratante tenha sido extinto, por demissão sem justa causa, ou por aposentadoria (arts. 30 e 31, da Lei 9.656/1998).

2.2. APLICABILIDADE DA LEI PARA CONTINUIDADE DO PLANO DE SAÚDE

No item 4 deste trabalho podemos ver que no art. 30, a Lei 9656/98 são estabelecidas as condições necessárias para continuidade do usuário no plano de saúde.

Com isto, a ANS através da Resolução Normativa – RN nº 279/11, a qual regulamenta que para continuidade do usuário do plano se faz necessário: na demissão sem justa causa:

Art. 4º É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei no 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo único. O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei no 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º desta Resolução.

E nos casos de aposentadoria dispõe:

Art. 5º É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei no 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo único. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

Assim diz Souto (2011, p. 107):

A regulamentação é atividade administrativa, que deve se desenvolver, com autonomia e independência, dentro dos limites da lei, podendo ser praticados atos administrativos normativos que orientem o seu cumprimento e seu desempenho é controlado tomando por base a observância dos princípios constitucionais aplicáveis à Administração Pública.

Como, em face do princípio da legalidade, só a lei – norma de primeiro grau - cria os objetivos e os deveres recorrentes da regulamentação, cabe reafirmar que se trata a regulamentação atividade administrativa. A lei cria a obrigação e o regulador estabelece o método para o seu cumprimento. Para tanto, pode fazê-lo por meio de normas (rulemaking) ou de atos concretos (adjudication), conforme o maior ou menor grau de conhecimento sobre o setor e o número de destinatários envolvidos.

Sendo assim, podemos observar que a ANS têm poderes regulatórios estabelecidos na Lei, mas que ela também precisa se pautar pelos limites por ela são impostos, ou seja, os limites que a própria Lei pretende regulamentar, onde é feita a análise de cada um dos requisitos estabelecidos na Lei dos Planos de Saúde e a sua conferência com a regulamentação da ANS.

Algumas jurisprudências são encontradas com decisões favoráveis, entre elas, cita-se:

PLANO DE SAÚDE COLETIVO. MANUTENÇÃO. EMPREGADO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. COPARTICIPAÇÃO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. Insurgência das partes em face da sentença de parcial procedência. 1. Recurso da corrê São Francisco. Pretensão ao afastamento da sua condenação. Acolhimento. Autores que, erroneamente, assinaram contrato de plano de saúde individual. Contrato que previa expressamente a existência de carências. Aditivo contratual que apenas reduziu o valor das primeiras mensalidades. Impossibilidade de devolução da primeira mensalidade do plano, uma vez que os autores o contrataram. Afastamento da indenização por danos morais da corrê, ante a ausência de culpa e conduta ilícita praticada por ela. 2. Recurso da corrê Notre Dame. Pretensão ao afastamento do seu dever de manutenção do plano de saúde coletivo. Não acolhimento. Funcionário demitido sem justa causa. Direito à manutenção do plano, pelo prazo limite do art. 30, § 1º da Lei nº 9.656/98 desde que os autores arquem com o valor integral da mensalidade. Alegação de que o empregado não contribuía com o plano não se sustenta. Irrelevância de se tratar de plano com coparticipação. Pagamento do plano pela empregadora que se afigura salário indireto. Precedentes. Indenização por danos morais. Cabimento. Situação que não se trata de mero inadimplemento do contrato. Autora que, diante da gravidez já avançada viu-se desamparada com a ausência de cobertura do plano. Valor indenização. Pretensão à redução que não sustenta. Indenização em R\$ 12.000,00 que se mostra adequada ao caso. 3. Recurso dos autores. Alegação de fato novo. Falecimento do filho. Pretensão à majoração da indenização. Não acolhimento. Fato novo que não guarda relação com o que foi discutido no processo. Causa de pedir dos autores foi a negativa de manutenção do plano e não a suposta falha na prestação de serviços médicos. Inovação recursal configurada. Recurso não conhecido. Recurso da São Francisco provido e da Notre Dame desprovido. Recurso dos autores não conhecido. (TJ-SP - APL: 10078291020168260566 SP 1007829-10.2016.8.26.0566, Relator: Carlos Alberto de Salles, Data de Julgamento: 27/06/2017, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 27/06/2017)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dá análise sobre as várias interpretações acerca das cláusulas contratuais inerentes a relação jurídica existente entre operadoras de saúde e os beneficiários de empresas que foram demitidos ou aposentados, procuramos analisar o contrato e a forma como as empresas apresentam aos funcionários que foram demitidos ou estão se aposentando o direito a utilização do plano de saúde.

Durante o transcurso do trabalho procuramos utilizar a dados de problemas reais de um conflito de interesses.

O desenvolvimento do tema – “CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE: A RELAÇÃO JURÍDICA, INTERPRETAÇÃO DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS DOS CONTRATOS DE EMPREGADOS DEMITIDOS OU APOSENTADOS À LUZ DO DIREITO E DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.”

Está evidente a inconsistência do atual modelo de contratos de Plano de Saúde, que é inadequado, vago com relação aos demitidos e aposentados a luz do direito e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, podemos concluir que a relação jurídica é muito falha, não garantindo a manutenção do Plano de Saúde.

O objetivo final do trabalho é o de melhorar a interpretação e a relação jurídica das cláusulas contratuais dos contratos dos demitidos e/ou aposentados.

REFERÊNCIAS

ANS, **Agência nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_as_sunto/cartilha_aposentadosedemitidos.pdf Acesso em: 29 out 2019.

BOTTESINI, M.A.; MACHADO, M.C. **Leis dos Planos e Seguros de Saúde**. 03 edição Rio de Janeiro: Forense, 2015.

BRASIL. **Lei nº 9656/98**, 3 de junho de 199x8. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm> Acesso em: 29 out 2019.

CARVALHO SOBRINHO, Linneu Rodrigues. **Seguros e Planos de Saúde**. São Paulo. Editora Juarez de Oliveira. 2001.

Código Civil. 61ª edição. São Paulo. Editora Saraiva. 2009.

SALAZAR, A.L.; GROU, K.B. **A Defesa da Saúde em Juízo**. 01 edição São Paulo: Verbatim, 2009.

SAMPAIO, Aurisvaldo. **Contratos de Plano de Saúde**. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais. 2010.

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à Saúde no Âmbito Privado**. São Paulo. ed. Saraiva. 2010.

Souto, Daphnis Ferreira. **Saúde no Trabalho: Uma revolução em andamento**. São Paulo. Ed. Senac

VENOSA, Silvio. **Direito Civil. Parte Geral**. 6ª edição. São Paulo. ed. Atlas. 2006.

WALD, Arnaldo. **Direito Civil- Direito das obrigações e Teoria Geral dos Contratos**. 2. 18ª edição. São Paulo. Editora Saraiva. 2009.