

Aula 21 – Planos de Saúde e Direitos do Consumidor


Imagine-se em uma situação de vulnerabilidade, precisando de um tratamento médico urgente, mas seu plano de saúde se recusa a cobrir. Ou, talvez, você tenha visto o valor da sua mensalidade disparar sem uma justificativa clara, tornando o serviço quase inacessível. Cenários como esses, infelizmente, são comuns e revelam a complexidade da relação entre consumidores e operadoras de planos de saúde. Este é um campo onde a proteção legal é não apenas desejável, mas absolutamente essencial.

Nesta aula, mergulharemos nos direitos que você, como consumidor, possui ao contratar e utilizar um plano de saúde. Entenderemos como o Código de Defesa do Consumidor (CDC) atua como um escudo protetor nessa relação, desvendando as armadilhas das cláusulas abusivas e as nuances da cobertura de tratamentos. Nosso objetivo é que, ao final, você seja capaz de identificar práticas ilegais, compreender as decisões mais recentes dos tribunais e saber como agir para garantir seus direitos, seja para cumprir horas complementares em sua formação jurídica ou para se preparar para desafios profissionais e concursos públicos.

Ao longo das próximas páginas, desvendaremos os principais tópicos que regem essa área tão sensível. Começaremos pela base legal, aprofundando a aplicação do CDC, e avançaremos para as questões mais polêmicas, como os reajustes e as negativas de cobertura. Prepare-se para uma jornada que transformará sua percepção sobre os planos de saúde, munindo-o de conhecimento prático e estratégico.

O Consumidor e o Plano de Saúde: Uma Relação Desequilibrada?

Ao contratar um plano de saúde, muitas vezes nos deparamos com um contrato extenso, repleto de termos técnicos e cláusulas que parecem inquestionáveis. Essa é a realidade da maioria dos contratos de adesão, onde o consumidor tem pouca ou nenhuma margem para negociar as condições. Essa dinâmica, por si só, já aponta para uma assimetria de poder: de um lado, uma grande operadora com vasto conhecimento jurídico e econômico; do outro, um indivíduo buscando segurança para sua saúde e de sua família.

 **Ponto de Atenção:** Essa disparidade não é ignorada pelo nosso sistema jurídico. Pelo contrário, ela é o ponto de partida para a aplicação de um conjunto de normas que visam reequilibrar essa balança: o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Embora os planos de saúde sejam regulados por uma legislação específica (Lei nº 9.656/98), a jurisprudência consolidada, especialmente do Superior Tribunal de Justiça (STJ), reconhece a natureza consumerista desses contratos.

Pense na relação com um plano de saúde como a compra de um "pacote de segurança" para sua saúde. Você paga por ele, esperando que, no momento da necessidade, ele funcione perfeitamente. Contudo, se as regras desse pacote são obscuras ou injustas, e você não pode alterá-las, quem garante que sua segurança será de fato protegida? É exatamente nesse ponto que o CDC entra em cena, garantindo que mesmo os contratos de adesão respeitem princípios de boa-fé, transparência e equidade.

A Aplicação do CDC e a Súmula 608 do STJ: O Escudo Protetor

Apesar de haver uma lei específica para planos de saúde (Lei nº 9.656/98), a complexidade e a essencialidade do serviço tornaram imperativa a intervenção do Código de Defesa do Consumidor. Por muito tempo, houve debates sobre qual legislação deveria prevalecer. No entanto, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), guardião da lei federal, pacificou essa questão, reconhecendo a vulnerabilidade do consumidor de planos de saúde e a natureza consumerista da relação.

Súmula 608 do STJ

"Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão, salvo quando a relação for de consumo."

Essa súmula é um marco, pois garante que os princípios e as proteções do CDC, como a inversão do ônus da prova, a interpretação mais favorável ao consumidor e a proibição de cláusulas abusivas, sejam aplicados diretamente aos contratos de planos de saúde.

Impacto Prático

Na prática, isso significa que, se uma operadora de plano de saúde tenta impor uma condição desfavorável ou negar um tratamento de forma injustificada, o consumidor tem um arsenal jurídico muito mais robusto para se defender. Por exemplo, em um caso onde um plano negou a cobertura de um procedimento cirúrgico essencial, alegando que não estava no rol da ANS, a aplicação do CDC permitiu que o juiz interpretasse a cláusula contratual de forma mais favorável ao paciente, garantindo o tratamento. Essa é a força do CDC: ele transforma a relação de um "contrato fechado" em um diálogo onde o consumidor tem voz e proteção.

Cláusulas Abusivas Comuns: Reajustes por Faixa Etária

Uma das maiores dores de cabeça para os beneficiários de planos de saúde são os reajustes anuais. Entre eles, os reajustes por faixa etária se destacam pela sua capacidade de tornar o plano proibitivo, especialmente para os idosos. A ideia por trás desses reajustes é que, com o avanço da idade, a probabilidade de uso dos serviços de saúde aumenta, justificando um custo maior. Contudo, essa justificativa não pode ser uma carta branca para aumentos desproporcionais e discriminatórios.

01

Reajuste Permitido

A legislação permite o reajuste por faixa etária

02

Problema Identificado

Aumentos exponenciais em idades avançadas (59-60 anos)

03

Posição dos Tribunais

STJ e TJSP coíbem reajustes que configuram "expulsão branca"

Analogia: Imagine que seu plano de saúde é como uma escada rolante que te leva a um andar superior. Você sabe que o custo da "viagem" pode aumentar um pouco a cada ano. No entanto, de repente, em um determinado degrau (faixa etária), a escada acelera bruscamente e o preço da viagem triplica, tornando quase impossível continuar subindo. Essa é a sensação de muitos consumidores que se deparam com reajustes abusivos por idade.

A solução judicial, nesses casos, busca garantir que a escada continue subindo em um ritmo razoável, sem expulsar ninguém no meio do caminho.

Cláusulas Abusivas Comuns: Reajustes por Sinistralidade

Além dos reajustes por faixa etária, outra modalidade que gera muita controvérsia é o reajuste por sinistralidade. Este tipo de aumento é aplicado, geralmente, a planos coletivos (empresariais ou por adesão) e se baseia no índice de utilização do plano pelo grupo de beneficiários. Em tese, se o grupo utiliza muito os serviços de saúde, os custos para a operadora aumentam, e esse aumento é repassado aos segurados.

Atenção: O problema reside na falta de transparência e na dificuldade de fiscalização por parte do consumidor. Muitas vezes, as operadoras aplicam reajustes elevados sem apresentar dados claros e auditáveis que comprovem o aumento da sinistralidade do grupo.

Isso pode levar a aumentos arbitrários, onde o consumidor paga a conta por uma gestão ineficiente ou por um cálculo que não reflete a realidade. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece regras para esses reajustes, mas a fiscalização é complexa.

Comparativo: Tipos de Reajuste

Conceito	Âmbito/Aplicação	Base/Origem	Exemplo
Reajuste por Faixa Etária	Planos individuais e coletivos	Aumento da probabilidade de uso com a idade	Aumento de 50% na mensalidade ao completar 59 anos.
Reajuste por Sinistralidade	Planos coletivos (empresariais ou por adesão)	Índice de utilização do plano pelo grupo	Aumento de 20% para todos os membros de um plano empresarial por alto uso.

Pense no seu plano coletivo como um pote de biscoitos compartilhado por um grupo de amigos. Se todos comem muitos biscoitos, o custo para repor o pote aumenta e é dividido entre todos. Mas e se você não sabe quantos biscoitos foram comidos, ou se a pessoa que repõe o pote está cobrando um valor muito acima do mercado? Essa falta de clareza é o que torna o reajuste por sinistralidade tão problemático. O consumidor tem o direito de saber exatamente o que está pagando e por quê.

Negativa de Cobertura: O Momento da Verdade

A negativa de cobertura é, talvez, o momento mais crítico na relação entre o consumidor e o plano de saúde. É quando, em uma situação de necessidade, muitas vezes urgente e delicada, o plano se recusa a arcar com os custos de um tratamento, procedimento, medicamento ou material. Essa recusa pode gerar angústia, atrasar o tratamento e, em casos extremos, colocar a vida do paciente em risco.

Justificativas Comuns

- Cláusulas contratuais
- Rol de procedimentos da ANS
- Tratamento experimental
- Procedimento estético

Posição da Jurisprudência

- Proteção ao consumidor
- Finalidade: garantir saúde e vida
- Interpretação favorável ao beneficiário

As operadoras costumam justificar as negativas com base em cláusulas contratuais, no rol de procedimentos da ANS (que veremos em detalhes a seguir), ou alegando que o tratamento é experimental, estético ou não previsto. Contudo, a jurisprudência brasileira tem sido firme em proteger o consumidor, entendendo que a finalidade do plano de saúde é garantir a saúde e a vida, e que a interpretação das cláusulas deve ser sempre a mais favorável ao beneficiário.

Analogia: Imagine que você comprou um seguro para sua casa, esperando que ele cubra danos em caso de incêndio. Se sua casa pega fogo e a seguradora se recusa a cobrir, alegando que o tipo de fogo não estava especificado no contrato, você se sentiria traído. Da mesma forma, um plano de saúde não pode negar a cobertura de um tratamento essencial sob pretextos burocráticos ou interpretações restritivas do contrato, especialmente quando há recomendação médica. A vida e a saúde do paciente devem ser a prioridade.

O Rol de Procedimentos da ANS: Guia ou Limite?

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão regulador dos planos de saúde no Brasil. Uma de suas atribuições é a elaboração do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que é uma lista de consultas, exames, cirurgias e outros tratamentos que os planos de saúde são obrigados a cobrir. Por muito tempo, esse rol foi interpretado pelas operadoras como uma lista taxativa, ou seja, tudo o que não estivesse ali não seria de cobertura obrigatória.



Essa interpretação restritiva gerou inúmeros conflitos, pois a medicina avança rapidamente, e novos tratamentos e tecnologias surgem a todo momento, muitas vezes antes de serem incluídos no rol da ANS. Pacientes com doenças raras ou que necessitavam de terapias inovadoras se viam desamparados, com seus tratamentos negados sob a alegação de que não constavam na lista.

Pense no rol da ANS como um cardápio de um restaurante. Se o cardápio fosse a única coisa que você pudesse pedir, e o chef criasse um prato novo e delicioso que ainda não foi impresso no cardápio, você não poderia experimentá-lo, mesmo que fosse o melhor para você. Essa era a lógica que prevalecia, limitando o acesso a inovações médicas e tratamentos essenciais. A discussão sobre a natureza desse rol – se era taxativo ou exemplificativo – foi um dos temas mais quentes do direito da saúde nos últimos anos, culminando em uma importante decisão do STJ.

A Taxatividade Mitigada do Rol da ANS: A Virada do STJ

A controvérsia sobre a natureza do Rol da ANS atingiu seu ápice em 2022, quando o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que o rol era, em regra, taxativo. No entanto, essa decisão não foi absoluta e trouxe importantes mitigações, ou seja, exceções à regra. O STJ reconheceu que, em situações específicas, a cobertura de procedimentos não listados no rol pode ser obrigatória, desde que preenchidos certos requisitos.

Requisitos para Cobertura Fora do Rol



- Conceito-Chave:** Essa "taxatividade mitigada" significa que, embora o rol seja a referência principal, ele não é uma barreira intransponível. A cobertura pode ser exigida se houver comprovação da eficácia do tratamento, se a recomendação for feita por médico especialista, se não houver substituto terapêutico no rol, e se houver autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para o procedimento ou medicamento.

Essa decisão representou um avanço significativo na proteção do consumidor, equilibrando a previsibilidade para as operadoras com a necessidade de acesso a tratamentos inovadores.

Retomando a analogia do cardápio: agora, o cardápio ainda é a base, mas se o chef criar um prato novo (tratamento inovador) que seja comprovadamente eficaz, recomendado por especialistas, e não haja outra opção no cardápio que sirva ao mesmo propósito, você pode sim pedir esse "prato especial". Essa virada jurisprudencial reconhece que a saúde não pode ser engessada por uma lista e que a evolução da medicina deve ser acompanhada pela cobertura dos planos.

Portabilidade de Carências: Mudando de Plano sem Perder Direitos

Em um mercado tão dinâmico como o de planos de saúde, a possibilidade de mudar de operadora sem perder os direitos já adquiridos é fundamental. É aí que entra a portabilidade de carências, um mecanismo regulado pela ANS que permite ao beneficiário trocar de plano de saúde, ou até mesmo de operadora, sem ter que cumprir novamente os prazos de carência já cumpridos no plano anterior.

Benefícios da Portabilidade

Para o Consumidor

- Maior liberdade de escolha
- Busca por melhores condições
- Melhores preços
- Rede credenciada mais adequada

Para o Mercado

- Incentivo à concorrência
- Melhoria dos serviços
- Transparência nas operações
- Qualidade no atendimento

Requisitos para Portabilidade



Estar em dia com as mensalidades



Ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano anterior



O plano de destino deve ter compatibilidade de cobertura com o plano de origem

Imagine que você está em uma fila para entrar em um parque de diversões, e já esperou por um bom tempo. Se você decide ir para outra fila de um brinquedo similar, a portabilidade seria como poder ir para essa nova fila sem ter que começar a esperar do zero, aproveitando o tempo que você já passou na primeira. Esse mecanismo evita que o consumidor fique "preso" a um plano insatisfatório por medo de ter que cumprir novas carências para procedimentos importantes, como partos ou cirurgias complexas.

Cancelamento do Contrato: Direitos e Deveres

O fim de um contrato de plano de saúde pode ocorrer por diversas razões, seja por iniciativa do consumidor, da operadora, ou por inadimplência. No entanto, mesmo no momento do cancelamento, existem direitos e deveres que precisam ser observados por ambas as partes, garantindo que o processo seja justo e transparente.

Cancelamento pelo Consumidor


Pode fazer a qualquer momento

- Atenção às multas por rescisão antecipada
- Especialmente em planos coletivos com fidelidade
- Verificar regras contratuais

Cancelamento pela Operadora

Apenas em casos específicos

- Fraude comprovada
- Inadimplência por mais de 60 dias (consecutivos ou não) nos últimos 12 meses
- Sempre mediante notificação prévia

 **Importante:** A operadora não pode cancelar o contrato de forma arbitrária. O consumidor deve ser notificado com antecedência e ter a oportunidade de regularizar sua situação antes do cancelamento definitivo.

Pense no cancelamento de um plano de saúde como o fim de um contrato de aluguel. Ambas as partes têm direitos e obrigações a cumprir para que a transição seja suave. O inquilino não pode simplesmente sair sem avisar, e o proprietário não pode despejá-lo sem justa causa e aviso prévio. Da mesma forma, no plano de saúde, a lei busca proteger o consumidor de cancelamentos arbitrários e garantir que ele possa encerrar a relação sem penalidades indevidas, ou que seja devidamente comunicado e tenha tempo para buscar alternativas em caso de cancelamento pela operadora.

O Impacto da LGPD nos Planos de Saúde: Protegendo Dados Sensíveis

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018, trouxe uma nova camada de proteção aos dados dos cidadãos, e sua aplicação nos planos de saúde é de extrema relevância. Afinal, as operadoras lidam com uma quantidade massiva de informações sensíveis sobre a saúde de seus beneficiários, como histórico médico, resultados de exames, diagnósticos e tratamentos.

Princípios da LGPD Aplicados aos Planos de Saúde



Finalidade

Uso dos dados apenas para propósitos específicos e informados



Adequação

Compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas



Necessidade

Coleta limitada ao mínimo necessário



Transparência

Informações claras sobre o tratamento dos dados

Direitos do Titular dos Dados

Acesso

Consultar suas informações de saúde

Correção

Corrigir dados incompletos ou desatualizados

Eliminação

Solicitar exclusão de dados desnecessários

Imagine que suas informações de saúde são como um diário muito pessoal. A LGPD garante que ninguém possa ler, copiar ou compartilhar esse diário sem sua permissão explícita, e que você tem o direito de saber quem o acessou e por quê. No contexto dos planos de saúde, isso se traduz em maior segurança e controle sobre seus dados médicos, evitando usos indevidos ou compartilhamento sem autorização, o que é crucial para a privacidade e a confiança na relação com a operadora.

Desafios Atuais e Tendências: A Judicialização da Saúde Suplementar

Apesar da regulamentação da ANS e da aplicação do CDC, a judicialização da saúde suplementar continua sendo uma realidade marcante no Brasil. Muitos consumidores ainda precisam recorrer ao Poder Judiciário para garantir seus direitos, seja para obter a cobertura de um tratamento negado, para contestar reajustes abusivos ou para reverter cancelamentos indevidos.

Conflito Contratual

Interpretações restritivas das operadoras

Persistência

Novos conflitos surgem



Ação Judicial

Consumidor busca o Judiciário

Decisão Favorável

Proteção dos direitos do consumidor

- ❏ **Realidade Atual:** Essa tendência reflete a persistência de conflitos entre as operadoras e os beneficiários, muitas vezes decorrentes de interpretações restritivas dos contratos por parte das empresas ou da demora na atualização das normas regulatórias frente aos avanços da medicina.

A via judicial, embora muitas vezes demorada e custosa, tem se mostrado eficaz para o consumidor, que encontra no Judiciário um respaldo para a proteção de sua saúde e vida.

Pense na judicialização como um "árbitro" que precisa intervir quando as regras do jogo (contrato de plano de saúde) não são claras ou quando uma das partes (operadora) não as cumpre adequadamente. Embora o ideal fosse que os conflitos fossem resolvidos administrativamente, a realidade mostra que, em muitos casos, a intervenção do Judiciário é a única forma de garantir que o consumidor tenha acesso ao tratamento necessário ou que seus direitos sejam respeitados. Essa é uma tendência que continua a moldar o cenário da saúde suplementar no país.

O Papel da ANS e Outros Órgãos de Defesa do Consumidor

Para além do Poder Judiciário, existem outros importantes órgãos que atuam na defesa dos direitos dos consumidores de planos de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a principal delas, sendo responsável por regulamentar, fiscalizar e mediar as relações entre operadoras e beneficiários. Reclamações podem ser feitas diretamente à ANS, que atua como um canal para resolução de conflitos.

Além da ANS, os Procons (órgãos de defesa do consumidor estaduais e municipais) também desempenham um papel crucial. Eles recebem denúncias, orientam os consumidores e podem aplicar sanções às operadoras que desrespeitam o CDC. Em casos de hipossuficiência econômica, a Defensoria Pública oferece assistência jurídica gratuita, auxiliando o consumidor a buscar seus direitos tanto na esfera administrativa quanto judicial.

Órgãos de Defesa: Comparativo

Órgão/Entidade	Âmbito/Aplicação	Base/Origem	Exemplo
ANS	Regulação, fiscalização e mediação de planos de saúde	Lei nº 9.656/98	Reclamação sobre negativa de cobertura ou reajuste, busca de portabilidade.
Procon	Defesa geral do consumidor	Código de Defesa do Consumidor (CDC)	Denúncia de prática abusiva, orientação sobre direitos.
Poder Judiciário	Resolução de conflitos e garantia de direitos	Constituição Federal, leis e jurisprudência	Ação judicial para obrigar cobertura de tratamento ou anular reajuste.
Defensoria Pública	Assistência jurídica gratuita para hipossuficientes	Constituição Federal, Lei Complementar nº 80/94	Representação judicial de consumidor sem condições de pagar advogado.

Imagine que você tem um problema com seu plano de saúde. A ANS é como o "departamento de qualidade" que você pode acionar primeiro. Se isso não resolver, o Procon é como um "mediador" que tenta encontrar uma solução. E se nada disso funcionar, o Judiciário, com o apoio da Defensoria Pública se necessário, é o "tribunal final" que garantirá seus direitos. Conhecer esses canais é essencial para uma defesa eficaz.

Estratégias para o Consumidor: Prevenção e Ação

Diante de um cenário tão complexo, o consumidor não deve ser um mero espectador. Adotar estratégias de prevenção e saber como agir em caso de problemas é fundamental para proteger seus direitos e sua saúde. A primeira e mais importante estratégia é a informação: antes de contratar um plano, pesquise, compare e leia atentamente o contrato, incluindo as letras miúdas. Entenda a cobertura, as carências, os reajustes e a rede credenciada.

Estratégias de Prevenção



Pesquise e Compare

Analise diferentes operadoras e planos antes de contratar



Leia o Contrato

Entenda todas as cláusulas, incluindo as letras miúdas



Conheça seus Direitos

Estude o CDC e a legislação específica de planos de saúde

Estratégias de Ação

1

Documente Tudo

Guarde protocolos de atendimento, e-mails, laudos médicos, pedidos de exames e a própria negativa por escrito. Essa documentação é crucial para qualquer tipo de reclamação, seja na ANS, no Procon ou no Judiciário.

2

Busque Orientação

Não hesite em buscar orientação jurídica especializada, pois um advogado com experiência em direito da saúde pode fazer toda a diferença na defesa dos seus interesses.

3

Utilize os Canais

Acione a ANS, o Procon e, se necessário, o Poder Judiciário para garantir seus direitos.

Pense na sua relação com o plano de saúde como a gestão de um projeto importante. Você precisa se planejar (pesquisar e ler o contrato), monitorar (acompanhar reajustes e cobertura) e, se surgir um problema, ter um plano de contingência (documentar e buscar ajuda). Ser proativo e bem informado é a melhor forma de se proteger e garantir que o plano de saúde cumpra sua função primordial: cuidar da sua saúde.

Consolidação e Autoavaliação

Chegamos ao final da nossa jornada sobre Planos de Saúde e Direitos do Consumidor. Vimos que, apesar da complexidade e dos desafios, o consumidor possui um robusto arcabouço legal para sua proteção, com destaque para o Código de Defesa do Consumidor e as recentes decisões do STJ sobre o Rol da ANS. Compreender a aplicação do CDC, identificar cláusulas abusivas, entender os mecanismos de portabilidade e cancelamento, e conhecer os órgãos de defesa são passos essenciais para exercer a cidadania e garantir o acesso à saúde.

Em Prática: Checklist do Consumidor

- **Sempre exija a negativa de cobertura por escrito.**
- **Documente todas as interações com a operadora.**
- **Conheça seus direitos de portabilidade para buscar melhores condições.**
- **Em caso de reajustes abusivos, procure orientação jurídica.**
- **Utilize os canais da ANS e Procon antes de recorrer ao Judiciário.**

Autoavaliação

1. **Qual súmula do Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabelece a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) aos contratos de plano de saúde?**
 - a) Súmula 469-STJ
 - b) Súmula 608-STJ
 - c) Súmula 302-STJ
 - d) Súmula 543-STJ
2. **Sobre os reajustes por faixa etária em planos de saúde, é correto afirmar que:**
 - a) São sempre proibidos, independentemente da idade do beneficiário.
 - b) São permitidos, mas a jurisprudência coíbe aumentos desproporcionais que visam a "expulsão branca" de idosos.
 - c) Podem ser aplicados livremente pelas operadoras, sem qualquer controle.
 - d) Apenas planos individuais podem sofrer reajustes por faixa etária.
3. **A decisão do STJ sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS estabeleceu que ele é:**
 - a) Exclusivamente exemplificativo, sem qualquer restrição.
 - b) Exclusivamente taxativo, sem qualquer exceção.
 - c) Taxativo, mas com mitigações que permitem a cobertura de procedimentos não listados em casos específicos.
 - d) Irrelevante para a determinação da cobertura dos planos de saúde.
4. **Qual dos seguintes direitos é garantido pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) aos titulares de dados de saúde em relação aos planos de saúde?**
 - a) A operadora pode compartilhar dados de saúde com terceiros sem consentimento, desde que para fins comerciais.
 - b) O titular tem o direito de acesso, correção e eliminação de seus dados de saúde.
 - c) A LGPD não se aplica a dados de saúde, pois são regulados por leis específicas.
 - d) O consentimento para o tratamento de dados de saúde é opcional para a operadora.
5. **Um consumidor teve a cobertura de um tratamento oncológico negada pelo seu plano de saúde, sob a alegação de que o medicamento prescrito não consta no Rol da ANS. Considerando o entendimento atual do STJ sobre a taxatividade mitigada, quais argumentos e procedimentos o consumidor poderia utilizar para contestar essa negativa?**

Gabarito


1. b) | 2. b) | 3. c) | 4. b)

Próxima Aula

Aula 22: Na próxima aula, exploraremos outro tema de grande relevância para o consumidor: os [Direitos do Passageiro no Transporte Aéreo](#), abordando atrasos, cancelamentos, extravio de bagagem e overbooking.

Recursos Adicionais

- **Site da ANS:** Para consultar o Rol de Procedimentos e informações regulatórias.
- **Código de Defesa do Consumidor:** Para aprofundar os direitos e deveres.
- **Lei nº 9.656/98:** Para conhecer a legislação específica dos planos de saúde.

 **NOTA IMPORTANTE:** As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais para verificar alterações.