

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR

**DESCRENCIAMENTO DE OPERADORA DE SAÚDE:
IMPACTOS JURÍDICOS PARA REDES CREDENCIADAS E
USUÁRIOS.**

**Salvador
2026**

FERNANDA SOARES DA SILVA

**DESCRENCIAMENTO DE OPERADORA DE SAÚDE:
IMPACTOS JURÍDICOS PARA REDES CREDENCIADAS E
USUÁRIOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Direito Médico, Biodireito e Bioética da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do título de especialidade.

Orientadora: Prof^ª. JESSICA HIND RIBEIRO COSTA.

**Salvador
2026**

DESCRENCIAMENTO DE OPERADORA DE SAÚDE: IMPACTOS JURÍDICOS PARA REDES CREDENCIADAS E USUÁRIOS.

Fernanda Soares da Silva¹
Jessica Hind Ribeiro Costa²

Resumo: Este artigo busca demonstrar requisitos legais para o descredenciamento da operadora de saúde de rede credenciada, buscando alertar das irregularidades cometidas pelo plano de saúde ao descredenciar, demonstrando alternativas para se buscar o direito ao acesso a saúde ou para resguardar o pacto contratual a que fez vínculo entre as partes. Diante desse escopo vem discutir tópicos que auxiliam na compreensão dessa pesquisa, quais sejam: conceituar o descredenciamento, demonstrar a sua evolução histórica e dispositivos legais. Evidenciar quais são os requisitos legais para o descredenciamento, como: informar ao usuário no prazo de 30 dias que antecedem o descredenciamento, substituir rede credenciada equivalente a quadro técnico na mesma região e com a mesma qualidade, informar a ANS do descredenciamento e qual prestador vai substituir a rede descredenciada, e observar cláusulas contratuais pactuadas entre as partes, bem como apresentar os impactos jurídicos do descredenciamento, como: Contratuais entre operadora de saúde e rede credenciada, responsabilidade civil e objetiva das operadoras de saúde e Judicialização da Saúde Suplementar. Por fim, tem como principal foco a garantia do direito a continuidade da prestação do serviço à saúde e atendimento da função social do contrato que faz pacto entre as partes.

Palavras-chave: Descredenciamento. Operadora de Saúde. Plano de saúde. Impactos Jurídicos. Rede Credenciada. Usuário. Consumidor.

Abstract: This article aims to demonstrate the legal requirements for the discrediting of a health insurance provider from its network, highlighting irregularities committed by health plans when discrediting providers, and demonstrating alternatives for seeking the right to access healthcare or for safeguarding the contractual agreement that binds the parties. Within this scope, it discusses topics that aid in understanding this research, namely: defining discrediting, demonstrating its historical evolution, and legal provisions. To highlight the legal requirements for discrediting, such as: informing the user 30

¹Bacharelada em Direito pela Universidade Católica do Salvador. Advogada. Pós-graduanda em Direito Médico pela Universidade Católica do Salvador. E-mail: fernandasdsilva.adv@gmail.com

²Doutora e Mestre em Direito pela Universidade Federal da Bahia. E-mail: jessica.costa@pro.ucs.br

days prior to discrediting, replacing the accredited network with an equivalent technical team in the same region and with the same quality, informing the ANS (National Agency for Supplementary Health) of the discrediting and which provider will replace the discredited network, and observing contractual clauses agreed upon between the parties, as well as presenting the legal impacts of discrediting, such as: Contractual impacts between the health insurance company and the accredited network, civil and objective liability of health insurance companies, and the judicialization of supplementary health insurance. Finally, its main focus is to guarantee the right to continuity of health service provision and to fulfill the social function of the contract that establishes an agreement between the parties.

Keywords: Disaffiliation. Health Insurance Provider. Health Plan. Legal Impacts. Network of Providers. User. Consumer.

SUMÁRIO: INTRODUÇÃO; 1. 1. DESCREDENCIAMENTO; 1.1. Evolução histórica no ordenamento jurídico brasileiro; 1.2. Dispositivos legais; 2. Requisitos legais para o Descredenciamento; 2.1. Planos de saúde com redes credenciadas; 2.2. Planos de saúde com usuário; 3. Impactos Jurídicos do Descredenciamento; 3.1. Contratuais nas relações entre Operadoras e Rede Credenciada; 3.2. Responsabilidade civil e objetiva das Operadoras de Saúde; 3.3. Judicialização da Saúde Suplementar; CONSIDERAÇÕES FINAIS; REFERÊNCIAS.

INTRODUÇÃO

O tema em questão trata do Descredenciamento de Operadora de Saúde: Impactos Jurídicos Para Redes Credenciadas E Usuários, tendo em vista que, atualmente, para descredenciar, deve-se observar requisitos legais e regulatórios, sob pena de ser considerado ilegal.

O presente trabalho torna-se relevante em relação a regularidade do descredenciamento pela operadora de saúde da rede credenciada, a fim de que seja assegurado a prestação do serviço pelos prestadores e continuidade do serviço para os usuários/consumidores.

Tornou-se proeminente este tema devido à atuação em processos defendendo os direitos de redes credenciadas, no polo ativo da ação, ante as irregularidades arbitradas pelos planos de saúde ao descredenciar, prejudicando partes desta relação. Tal interesse originou-se no exercício de atividade judicial como Advogada de Escritório de Advocacia.

A contribuição jurídica do tema escolhido deriva, em primeiro lugar, do interesse constitucional e social para garantir o direito a continuidade da prestação do serviço à saúde e atendimento da função social do contrato que faz pacto entre as partes. Pois a rigidez dos requisitos para descredenciar traz mais segurança jurídica para a busca do acesso a saúde e traz maior efetividade no cumprimento contratual em todos os seus termos.

De início, cumpre conceituar descredenciamento que consiste em um ato formal de desvincular de algo que havia sido autorizada a vincular, em uma rede, sistema ou relação contratual previamente estabelecida que se permitia ter um vínculo.

Cumpre salientar que o Descredenciamento é regido pela Lei nº 9.656/98, Resolução Normativa nº 585/2023 e Resolução Normativa nº 365/2014, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Existem diversos impactos jurídicos ocasionados pelo não cumprimento dos requisitos para o descredenciamento, tais quais: Contratuais nas relações entre Operadoras e Rede Credenciada, responsabilidade civil e objetiva das Operadoras de Saúde, judicialização da saúde suplementar.

É de suma importância que seja cumprido os requisitos regulatórios e contratuais para descredenciamento de rede credenciada, pois o seu efetivo cumprimento traz segurança jurídica para todas as partes pertencentes na relação, como: a própria operadora de saúde, prestadores de serviço e usuários.

No entanto, é necessário que o plano de saúde cumpra todos os requisitos contratuais e regulatórios para descredenciar de rede credenciada, para que todas as partes da relação sejam resguardadas, seja para evitar a judicialização dessas demandas, ou seja para evitar a interrupção da prestação do serviço a saúde que é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal.

1. DESCREDENCIAMENTO

Descredenciamento é um ato formal de desvinculação daquilo que havia sido dada a autorização de se credenciar em uma rede, sistema ou relação contratual previamente estabelecida que se permitia ter um vínculo, seja por meio de uma pessoa física ou pessoa jurídica, impedindo a continuação da prestação de serviço a entidade que a desvinculou.

1.1. Evolução histórica no ordenamento jurídico brasileiro

Diante da evolução histórica jurídica até chegar à uma regulamentação legislativa, o descredenciamento de prestadores de serviço no Brasil, no âmbito da saúde suplementar, era tratado, apenas, em relações a vontade das partes através de contratos particulares.

Originou-se, a partir da Promulgação da Constituição Federal de 1988, onde a saúde foi alçada à condição de direito fundamental; Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); e, da necessidade de regulamentação das relações privadas entre operadoras de planos de saúde e beneficiários.

Conforme disposto no histórico oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em período anterior a Constituição Federal de 1988, o setor de saúde suplementar possuía atuação fragmentada, com forte vinculação à previdência social e pouca regulamentação estatal. Ante a necessidade da busca alternativa de “qualidade” ou complementação ao sistema previdenciário, se buscavam os primeiros planos de saúde que surgiram no século XX, como: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), em 1944; e, Unimed Santos, em 1967. Tais operadoras de saúde, ainda não possuíam uma regulamentação que permitisse a estabilidade contratual dos usuários.

Passando pela fase contratual, onde apenas a vontade das partes tinha a prevalência, em 1998 surge a Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, prevendo, em seus artigos, sobre a contratação, manutenção e descredenciamento dos prestadores credenciados.

Em 2000, surge a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo instituída pela Lei nº 9.961, pelo qual trouxe o fortalecimento de garantias e formalização dos procedimentos, assumindo o papel de órgão regulador, fiscalizador e normatizador no setor de saúde suplementar.

Somente através da ANS que o descredenciamento passou a ser disciplinado de forma mais detalhada, dispondo de requisitos formais e materiais, como: Requisitos para descredenciar, obrigações de informação e transparência, garantias de continuidade assistencial em tratamentos em curso e monitoramento da rede credenciada e substituições. Permitindo, assim, seguir requisitos concretos para assegurar a rede credenciada e os seus usuários dos

impactos trazidos pelo descredenciamento solicitados pelas operadoras de saúde.

1.2. Dispositivos legais

Para descredenciar, deve-se seguir um rito legal, sob pena de nulidade. Tal rito, assegura todas as partes envolvidas, como: Operadora de saúde, rede credenciada e consumidores. Permitindo a continuação do serviço a saúde suplementar.

Tendo em vista de toda a sua evolução histórica, trazida no tópico anterior, com base na necessidade de regulamentação da saúde suplementar e do descredenciamento de operadores de saúde com rede credenciada e usuários/consumidores, foi criada a Lei nº 9.656/98, a ANS, resoluções, jurisprudências.

O que antes era, apenas, determinada por pacto contratual, onde prevalecia a vontade das partes, hoje é legalmente regulamentada pela Lei nº 9.656/98, em seu artigo 17, vejamos:

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora

arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

O Descredenciamento, embora já estivesse regulamentado pela Lei nº 9.656/1998, passou a ter a necessidade de maior detalhamento dos requisitos formais e materiais, sendo assim criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei nº 9.961/2000, pelo qual assumiu o papel de órgão fiscalizador, possuindo a competência de fixar critérios para o procedimento de descredenciamento, conforme artigo 4º, inciso IV da própria Lei, vejamos:

Art. 4º Compete à ANS: [...]

IV - **fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento** de prestadores de serviço às operadoras;

Assim, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fixou critérios específicos para o procedimento de descredenciamento estabelecendo a Resolução Normativa ANS nº 585/2023. Tal resolução dispõe sobre as hipóteses de substituição de entidade hospitalar, o redirecionamento da rede por redução, regras de comunicação dos beneficiários e da própria ANS, visando a garantia da continuidade no atendimento com rede credenciada equivalente.

A Resolução Normativa ANS nº 585/2023 funciona como um instrumento de proteção ao usuário e ao mesmo tempo em que organiza de forma mais

transparente a atuação das operadoras de saúde diante de mudanças na rede credenciada.

2. Requisitos legais para o Descredenciamento

Quando uma Operadora de Saúde decide descredenciar um prestador de serviço de sua rede credenciada, esse procedimento não pode acontecer de forma abrupta ou sem regras claras. Deve-se seguir um rito legal, assegurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como uma forma de resguardar tanto a rede credenciada, como ao usuário do serviço. A ideia central da norma jurídica é equilibrar a relação entre operadoras, prestadores e consumidores, garantindo previsibilidade contratual e proteção da parte vulnerável, qual seja o usuário.

Nesse sentido, a Resolução Normativa nº 585/2023 e Resolução Normativa nº 365/2014 da ANS surge como um instrumento fundamental para garantir que o descredenciamento somente pode ocorrer mediante observância de requisitos formais e materiais, especialmente no que diz respeito à continuidade assistencial, à equivalência técnica da rede substituta, à comunicação prévia, e ao dever de informação, pilares essenciais para assegurar a regularidade do serviço e evitar práticas abusivas.

2.1. Planos de saúde com redes credenciadas

Nesta relação existe um contrato de prestação de serviço, pelo qual a Operadora de Saúde contrata uma rede credenciada, como: hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, entre outros prestadores, que prestam assistência a rede suplementar de saúde aos usuários/consumidores que contrataram a Operadora de Saúde. Os valores dos serviços de assistência médica suplementar prestados aos usuários, são repassados pela operadora de saúde para a rede credenciada, daquilo que os usuários utilizaram.

Para que a Operadora de Saúde possa descredenciar com rede credenciada, deve-se observar regras contratuais e regulatórias, em virtude dessa relação ser regida por contratos privados, devendo respeitar os limites estabelecidos pela legislação setorial.

De acordo com a Lei nº 9.656/1998 e Resoluções Normativas nº 585/2023 e nº 365/2014 da ANS, estabelecem que, quando uma operadora descredencia um prestador, deve comunicar previamente a ANS; substituir por outro prestador equivalente; observar as regras contratuais firmadas com o prestador; e, não haja prejuízo à continuidade dos atendimentos em curso dos consumidores.

A ausência de prestador substituto ou a substituição por estabelecimento de menor capacidade operacional pode configurar infração regulatória e prática abusiva, sujeitando a operadora a sanções administrativas. Já a inobservância das regras contratuais firmadas entre a operadora de saúde e rede credenciada pode resultar em multas rescisórias previstas contratualmente. E, por fim, a interrupção da continuidade dos atendimentos em curso dos consumidores pode ocasionar em danos morais e materiais, bem como obrigações de fazer.

Em algumas situações excepcionais, a operadora de saúde pode descredenciar de forma imediata, devendo ser devidamente fundamentada e comunicada, como em casos de infração grave por parte do prestador, risco à segurança do paciente ou descumprimento contratual.

Nos casos de infração grave ou risco a segurança do paciente, ocorre por falta grave em recorrentes casos, contra o consumidor, seja pela violação legal ou por atentado a saúde e bem-estar. Já em casos de descumprimento contratual, o prestador pode ingressar judicialmente requerendo pela manutenção do contrato de prestação de serviço, seja pela irregularidade ao descredenciar, ou seja pelo valor que foi investido em curto período de tempo para se adequar as demandas da operadora de saúde.

No entanto, as operadoras de saúde devem seguir os requisitos legais e contratuais para descredenciar de prestadores de serviços, buscando sempre proteger a relação mais vulnerável da relação, qual seja: o consumidor/usuário do serviço.

2.2. Planos de saúde com usuário

Nesta relação existe um contrato de adesão contratado pelo consumidor/usuário com a operadora de saúde. O descredenciamento dos usuários pela operadora de saúde deve observar critérios mais rigorosos previstas na Lei nº 9.656/1998 e Resolução Normativa nº 585/2023 da ANS,

como: comunicação prévia ao usuário e a ANS, substituição equivalente ou superior de rede credenciada, continuidade dos tratamentos em curso.

A comunicação prévia ao usuário deve ser com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, para que o consumidor possa se organizar e evitar interrupções de tratamento. A substituição de rede credenciada, deve ocorrer por um prestador que tenha a mesma capacidade técnica, pertencente da mesma região, para que possa evitar prejuízos no acesso ao serviço, caso não seja cumprido tais requisitos, o descredenciamento será considerado abusivo. Tudo isso decorre do art. 17 da Lei 9.656/1998, que exige informação adequada e reposição equivalente.

A equivalência da rede credenciada e importância da informação clara e prévia ao consumidor, assegura que o mesmo possa avaliar alternativas, reorganize tratamentos ou até mesmo exerça direitos como a portabilidade de carências, prevista em normas complementares que foram atualizadas pela própria RN 585/2023 - ANS. Essa previsão garante que, caso a mudança cause prejuízo significativo, o usuário possa migrar para outro plano sem cumprir novos períodos de carência.

O descredenciamento não pode prejudicar a continuidade dos tratamentos em curso de seus usuários, como: internações, cirurgias já autorizadas, tratamentos contínuos a exemplo de quimioterapia, hemodiálise, terapias seriadas, entre outros de caráter de urgência e extremamente sensível, ao ponto de que tal interrupção possa ocasionar risco de vida. Essa proteção advém da boa-fé, do CDC e da própria finalidade assistencial definida no art. 1º Caput e inciso I da Lei 9.656/1998, que prevê a continuidade do atendimento como elemento essencial da cobertura pela operadora de saúde.

Assim, a Lei 9.656/1998 e RN 585/2023 – ANS, traz normas que fortalecem os mecanismos de fiscalização e penalidades às operadoras de saúde, justamente para que o usuário não fique desamparado durante o processo. Com isso, os direitos do beneficiário se tornam mais concretos, assegurando que o descredenciamento, embora permitido, não resulte em perda de qualidade, de acesso ou de segurança assistencial.

3. Impactos Jurídicos do Descredenciamento

O descredenciamento é uma prerrogativa da operadora de saúde, mas não pode violar a boa-fé objetiva nem gerar descontinuidade assistencial, devendo ser observados os requisitos legais para tal procedimento. A Inobservância de tais condições legais trazem impactos jurídicos para as partes que foram contratadas e as que a contrataram.

Tais impactos jurídicos podem trazer diversas consequências, como: Contratuais, jurídicas e administrativos, envolvendo a operadora de saúde, rede credenciada e usuários/consumidores.

3.1. Contratuais nas relações entre Operadoras e Rede Credenciada

O instituto que rege a prestação dos serviços de saúde suplementar das prestadoras pelas operadoras de saúde é o contrato. Nele contém normas pactuadas que vinculam as partes que nela se encontra, sendo resguardado a operadora de saúde quanto ao serviço que lhe estar sendo prestado; e, a rede credenciada quanto ao valor a receber pelos serviços trabalhados.

O descredenciamento passa a produzir efeitos imediatos na relação entre a operadora e o prestador, alterando de forma direta o vínculo contratual existente entre as partes. Entretanto, com a edição da RN 585/2023, mudanças na rede hospitalar deixaram de ser tratadas apenas como uma questão contratual. Como agora são consideradas modificações no próprio registro do produto, o descredenciamento adquire também uma dimensão regulatória, ampliando o alcance e as consequências desse ato.

Os impactos decorrentes do descredenciamento envolvem diversas consequências relevantes para ambas as partes da relação contratual. A operadora passa a ter o dever de apresentar justificativas técnicas sólidas para promover qualquer alteração na rede, o que impede desligamentos arbitrários e impõe maior rigor às decisões administrativas.

Paralelamente, os prestadores ganham respaldo para contestar judicialmente descredenciamentos que considerem injustificados ou que comprometam a adequada prestação dos serviços. Além disso, a inobservância das cláusulas de aviso prévio pode gerar multas, indenizações e outras repercussões contratuais. Em muitos casos, torna-se necessária a renegociação do contrato para compatibilizar a rede credenciada, a capacidade instalada e o

equilíbrio econômico-financeiro da relação, especialmente quando a substituição impacta o atendimento aos usuários.

A rede credenciada, em casos de irregularidades do descredenciamento ou descumprimento contratual, pode ingressar com ação judicial, requerendo a manutenção da prestação do serviço cumulado com o pedido liminar para suspensão do descredenciamento da rede credenciada dos quadros de prestadores da operadora, a fim de que os serviços continuem a ser executados nos exatos termos do contrato celebrado, obedecidas as coberturas contratuais dos beneficiários, sob pena de multa em caso de descumprimento.

Os pedidos pugnados no âmbito judicial, em favor da rede credenciada, também devem constar os seguintes parâmetros legais: A recepção dos termos descritos nas Leis nº: 9.961/2000 e 6.956/98, em seu artigo 17, como fundamento essencial para julgamento da lide; A recepção dos termos descritos nos artigos 170 e 197 da Carta Magna de 1988, a fim de apreciar a inconstitucionalidade do ato Rescisório Unilateral praticado pela Operadora; A Recepção dos termos descritos nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde (ANS), em especial as Resoluções Normativas 365/2014 e 585/2023 que tratam dentre outros méritos, da substituição da rede assistida para os usuários da Operadora de Saúde, proporcionalmente ao prestador “descredenciado”; A Recepção dos termos descritos na Lei no 12.529/2011, que trata das práticas agressivas contra a ordem econômica e a Livre concorrência de Mercado; e, julgamento da procedência da presente ação para o fim de confirmar a tutela de urgência deferida inicialmente e declarar a ilegalidade do ato praticado pela operadora de saúde em desacordo com as normas legais e administrativas que regem sua atividade.

Os impactos contratuais, podem ser rescisórios previsto em cláusula ou relativos a objetos como: Contábil, Financeiro e operacional, seja por aditivos contratuais para investimentos como reforma, adequações na estrutura, equipamentos, contratação de pessoal, entre outros, exigidas pela operadora de saúde para os prestadores. Deve-se observar que tais investimentos realizados pelos prestadores, tragam retorno financeiro daquilo em que pela exigência, teve que realizar.

Existe jurisprudência que reforça tais pedidos judiciais, tanto na obrigação de fazer, como no deferimento da liminar para manutenção da prestação dos serviços pela rede credenciada, vejamos:

PROCESSO CIVIL, DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO INIBITÓRIA COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. INDEFERIMENTO PELO JUÍZO PRIMEVO. RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO. PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIO CONVENIADO. COMPROVAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DO DESCREDENCIAMENTO DENTRO DO PRAZO LEGAL. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO AOS SEGURADOS E ANS, BEM COMO PROVA DE SUBSTITUIÇÃO POR OUTRO PRESTADOR DE SERVIÇOS EQUIVALENTE. ARTS. 17 E 17-A DA LEI Nº 9.656/98. PRECEDENTES DO STJ, TRIBUNAIS PÁTRIOS E DESTA CORTE. VALOR DA CAUSA. CORREÇÃO DE OFÍCIO. NÃO CONHECIMENTO. ROL DO ART. 1.015 DO CPC. MITIGAÇÃO DO ROL ELECADA PELO STJ. INAPLICABILIDADE NA ESPÉCIE. RECURSO CONHECIDO EM PARTE E PROVIDO. DECISÃO ORIGINÁRIA REFORMADA PARCIALMENTE.

voto no sentido CONHECER EM PARTE O AGRAVO DE INSTRUMENTO E DAR PROVIMENTO, confirmando o Efeito Suspensivo deferido no ID 42020100, para reformar o provimento primevo, a fim de manter a empresa agravante como prestadora de serviços da rede credenciada do plano de saúde agravado.

Trata-se de Agravo de Instrumento com pedido de efeito suspensivo, interposto por laboratório conveniado, irresignado com a decisão proferida pela MM Juíza de Direito da 8ª Vara Cível da Comarca de Salvador/BA, nos autos da AÇÃO INIBITÓRIA COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA, tombada sob o nº 8184320-65.2022.8.05.0001, que indeferiu o pedido de antecipação dos efeitos da tutela.

O cerne da questão reside em verificar a possibilidade de resilição contratual e conseqüentemente o descredenciamento de laboratório clínico da rede ligada a plano de saúde.

Cumprir destacar que a relação contratual entre as partes, em que pese trate de prestação de serviços de saúde, é de natureza privada e prevista no Código Civil, que resguarda a regida liberdade contratual e a possibilidade de resilição unilateral.

In casu, observa-se que as partes litigantes firmaram contrato de prestação de serviço na área de clínica laboratorial, restando ao agravante integrar a rede credenciada e atender as pessoas conveniadas ao recorrido, como se vê do instrumento de ID 342012435 dos autos originários.

De outro modo, verifica-se que na data 26/10/2022 o recorrido enviou "Carta de Descrédenciamento Interesse da Operadora" informando que a partir do dia 07/01/2023 a empresa agravada estaria desautorizada a atender aos beneficiários do Plano de Saúde (ID 342002249). O referido documento foi recebido e dada a ciência da recorrente na data de 07/11/2022 (ID 342002250).

Destaca-se ressaltar que o Superior Tribunal de Justiça já decidiu no sentido de que o "termo entidade hospitalar" constante do art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados. Cita-se o precedente: REsp n. 1.561.445/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 13/8/2019, DJe de 16/8/2019.

Em que pese o devido cumprimento pelo plano de saúde recorrido quanto à comunicação do descrédenciamento no prazo legal de 60 (sessenta) dias a partir do recebimento, não restou comprovada a notificação de eventual equivalência das clínicas médicas, bem como o dever de informação aos segurados e à Agência Nacional de Saúde.

Deste modo, a manutenção dos efeitos da notificação de rescisão contratual representa medida temerária e irreversível neste momento processual ante a ausência de instrução probatória incompleta no juízo de origem. Outrossim, o perigo da demora reverso resta presente vez que a interrupção da prestação de serviços poderá acarretar prejuízo irreparável ou de difícil reparação à parte agravante e aos usuários/segurados.

Quanto ao argumento de manutenção do valor originariamente atribuído à causa, não merece ser conhecido o recurso nesta parte. Sabe-se que o rol do art. 1.015, do Código de Processo Civil é taxativo. Em que pese o reconhecimento da mitigação através do julgamento do Recurso Especial 1.704.520, sob o rito dos recursos repetitivos, pela Corte Especial do Superior Tribunal de Justiça, há a necessidade de se demonstrar a urgência e a inutilidade da apreciação somente em julgamento da apelação, o que não ocorreu nos autos.

Nestas condições, conclui-se que a Decisão recorrida merece reforma na parte conhecida por encontrar-se em desacordo com o entendimento jurisprudencial sobre a matéria.

RECURSO CONHECIDO EM PARTE E PROVIDO. DECISÃO ORIGINÁRIA REFORMADA PARCIALMENTE.

Vistos, relatados e discutidos estes autos do Agravo de Instrumento nº 8007148-08.2023.8.05.0000, da Comarca de Salvador (BA).

ACORDAM os Desembargadores integrantes da Segunda Câmara Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Bahia

em CONHECER EM PARTE O RECURSO E DAR PROVIMENTO, nos termos do voto da Relatora. Des. Maria de Fátima Silva Carvalho. Publicado em 20/03/2024.

Diante dessas implicações, o descredenciamento deixa de ser um simples ato interno da operadora e assume caráter potencialmente litigioso quando não é devidamente fundamentado e rigorosamente seguido as exigências regulatórias e contratuais.

3.2. Responsabilidade civil e objetiva das Operadoras de Saúde

A responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde consolidou-se, no âmbito doutrinário e jurisprudencial, como objetiva, em razão da aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) às relações estabelecidas entre beneficiários e operadoras. Por serem consideradas fornecedoras de serviços essenciais, que impõe responsabilidade independentemente de culpa sempre que houver falha na prestação do serviço, descontinuidade de atendimento ou descumprimento das obrigações contratuais assumidas, incide o artigo 14 do CDC, vejamos:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

I - o modo de seu fornecimento;

II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;

III - a época em que foi fornecido.

A jurisprudência dos tribunais superiores tem reconhecido que as operadoras mantêm deveres assistenciais mesmo após o descredenciamento de prestadores, especialmente quando a alteração compromete a continuidade, qualidade ou integralidade do atendimento ofertado ao beneficiário. A mudança

na rede credenciada, ainda que permitida pela regulamentação da ANS, não pode resultar em redução do acesso, tampouco em prejuízo ao consumidor, princípio que orienta o regime protetivo aplicado aos planos de saúde.

A relação entre o plano de saúde e o usuário é enquadrada como relação de consumo, conforme entendimento da doutrina a seguir:

“Durante a última década do século XX, foi sendo lapidado o entendimento do que a atividade médica estava enquadrada como relação de consumo, e como tal, adstrita aos preceitos do Código de Defesa do Consumidor”.

(...)

“Atualmente, firmado está o entendimento de que há plena sujeição da atividade médica aos princípios e regras estabelecidos pelo Código de Defesa do Consumidor, sendo a jurisprudência farta em exemplos”. (Eduardo Dantas, Direito Médico, 4ª Ed. pg. 99)

O Superior Tribunal de Justiça consolidou esse entendimento por meio da Súmula 608, que afirma a incidência do Código de Defesa do Consumidor - CDC, sobre os contratos de planos de saúde, salvo as entidades de autogestão, reforçando que a responsabilidade é objetiva, decorrente da simples falha na prestação do serviço, independentemente de culpa, vejamos:

Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

No cenário específico do descredenciamento, essa responsabilidade objetiva torna-se ainda mais evidente. Embora a legislação e a própria ANS permitam a substituição da rede, essa prerrogativa não autoriza que a operadora reduza a qualidade, a abrangência ou a acessibilidade do serviço originalmente contratado.

A substituição inadequada, a ausência de equivalência entre prestadores ou a comunicação deficiente sobre o descredenciamento configuram falha na prestação do serviço, gerando repercussões jurídicas relevantes.

Nesse contexto, os tribunais têm reiterado que a operadora deve manter as obrigações contratuais mesmo após o desligamento de um prestador, sobretudo quando existem pacientes em tratamento contínuo, internados ou em situação de vulnerabilidade clínica.

A interrupção abrupta do cuidado é entendida como prática abusiva, afrontando tanto o princípio da continuidade assistencial quanto ao princípio da boa-fé objetiva. Os usuários são diretamente afetados por esse tipo de falha, muitas vezes, o descredenciamento ocorre sem aviso prévio de 30 (trinta) dias, conforme previsão na ANS, dificultando a reorganização da rotina de cuidados e, em alguns casos, interrompendo terapias essenciais.

Quando a operadora não assegura substituição equivalente de rede descredenciada, conforme previsto na Resolução Normativa 585/2023, cria-se um ambiente de risco que pode levar à desassistência e ao agravamento do quadro clínico do beneficiário, pela redução dos prestadores de serviço que na maioria dos casos a operadora descredencia um único prestador dentro da mesma região, resultando na escassez daquela especialidade que fora descredenciada.

A não observância dos critérios mínimos para a substituição de rede descredenciada, como equivalência, acessibilidade e especialidade, ou, sem comunicação adequada ao usuário, pode causar impactos jurídicos, como: Indenização por danos morais; responsabilidade objetiva; obrigação de custear atendimento em prestadores não credenciados; e, ações civis públicas.

Os tribunais reconhecem o dano moral *in re ipsa* nesses casos, considerando que a própria insegurança enfrentada pelo paciente já caracteriza violação relevante ao direito à saúde, entendimento reiterado em inúmeros precedentes do Superior Tribunal de Justiça, envolvendo recusas injustificadas ou interrupções administrativas de cobertura. Essa construção jurisprudencial decorre de interpretação sistemática da função social do contrato de plano de saúde, sendo que o descredenciamento ilegal é considerado afronta direta a essa função.

Conforme Caio Mário da Silva Pereira, o dano moral tem como fundamento:

“(…)

O fundamento da reparabilidade pelo dano moral está em que, a par do patrimônio no sentido técnico, o indivíduo é titular de direitos integrantes de sua personalidade, não podendo conformar-se a ordem jurídica em que sejam imprunemente atingidos. Colocando a questão em termos de maior amplitude,

Savatier oferece uma definição de dano moral como 'qualquer sofrimento humano que não é causado por uma perda pecuniária', e abrange todo atentado à integridade de sua inteligência, a suas afeições, etc. (Traité de la Responsabilité Civile, vol. II, n. 525).

A responsabilidade objetiva das operadoras de saúde decorrente da má prestação do serviço, pois a elas compete garantir a continuidade e a adequação dos serviços oferecidos, independentemente de culpa. Sempre que a retirada de um prestador da rede resultar em prejuízo ao consumidor ou à própria rede credenciada, seja pela interrupção do atendimento, pela ausência de substituição equivalente ou pela comunicação inadequada, basta a comprovação do dano e do nexo causal para que surja o dever de indenizar.

Quando a operadora descredencia um prestador e não substitui para outra opção equivalente, ela passa a ter a obrigação de custear o atendimento do usuário fora da rede. Isso acontece porque o consumidor não pode ficar sem assistência ou ter seu tratamento interrompido por uma decisão administrativa da operadora. Assim, se o hospital ou a clínica que atendia o paciente deixa de fazer parte da rede e não há outra alternativa com a mesma qualidade, estrutura ou especialidade, a operadora deve arcar com os custos do atendimento em outro prestador, mesmo que não seja credenciado. Essa medida garante a continuidade do cuidado e evita que o beneficiário pague por um problema que não foi causado por ele, preservando o direito à saúde e a boa-fé contratual.

Diante de situações em que o descredenciamento de um prestador atinge um grupo significativo de beneficiários e compromete a continuidade da assistência, torna-se pertinente a atuação por meio de ações civis públicas. Esse instrumento coletivo permite que o Ministério Público ou entidades legitimadas busquem a restauração da rede assistencial, a garantia de substituição equivalente ou a reparação dos danos coletivos decorrentes da conduta da operadora. A via judicial coletiva justifica-se porque o impacto ultrapassa a esfera individual, gerando risco à proteção do direito fundamental à saúde e evidenciando falha estrutural na gestão da rede credenciada.

A atuação regulatória da ANS, quanto ao descredenciamento deve observar critérios estritos de equivalência técnica, capacidade assistencial e

transparência informacional. Quando tais requisitos não são cumpridos, além das responsabilidades de natureza civil, incidem as consequências administrativas previstas na RN 489/2022, atualizada pela RN 585/2023, que podem incluir multas e determinação de readequação da rede. As penalidades administrativas, entretanto, não afastam a responsabilidade civil da operadora perante usuários e prestadores pelos danos decorrentes da descontinuidade assistencial.

Dessa forma, no âmbito do descredenciamento, a responsabilidade civil objetiva das operadoras surge como instrumento essencial para garantir que mudanças na rede credenciada não resultem em prejuízos aos consumidores ou às instituições de saúde. A conjugação entre a legislação consumerista, a regulação setorial da ANS e os entendimentos consolidados pelo STJ resulta em um ambiente jurídico que busca equilibrar a autonomia contratual das operadoras com a proteção da saúde do beneficiário e a estabilidade das redes prestadoras. Assim, a responsabilidade civil das operadoras se apresenta como elemento de contenção de práticas abusivas e de promoção da continuidade assistencial, assegurando que o descredenciamento não se transforme em risco ou desamparo para quem depende do plano de saúde para exercer seu direito fundamental à saúde.

3.3. Judicialização da Saúde Suplementar

A judicialização da saúde suplementar tem se intensificado nos últimos anos como reflexo das dificuldades enfrentadas pelos beneficiários para obter o atendimento adequado dentro dos limites contratados. Quando o usuário se depara com negativas de cobertura, atrasos na autorização de procedimentos, interrupções de tratamentos contínuos ou até mesmo descredenciamentos realizados sem substituição equivalente, o Poder Judiciário surge como um instrumento indispensável para garantir a efetividade do direito à saúde.

A continuidade da prestação do serviço a saúde, na maioria das vezes, é essencial para manutenção da vida e a falta deste serviço pode trazer sequelas ou, até mesmo, vim a óbito. A exemplo, vejamos algumas jurisprudências, pelo qual o usuário busca a continuidade do serviço:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TUTELA DE URGÊNCIA. MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, EM RAZÃO DO DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS. DEFERIMENTO. Operadora que procedeu descredenciamento dos estabelecimentos sem prévio aviso e não comprovou que ofertou hospitais substitutos com padrão de atendimento equivalente aos descredenciados. Descredenciamento sem observância dos requisitos legais que se mostra abusivo, pois inviabiliza a continuidade do tratamento à grave patologia e acaba por restringir direito inerente à natureza do contrato firmado. Responsabilidade da operadora pelo custeio do tratamento nos hospitais nos quais a beneficiária já havia iniciado o tratamento . Recurso provido.
(TJ-SP - AI: 20005465520228260000 SP 2000546-55.2022.8 .26.0000, Relator.: Enéas Costa Garcia, Data de Julgamento: 27/05/2022, 1ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 27/05/2022)

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE PRESTADOR. FALTA DE COMUNICAÇÃO PRÉVIA AO CONSUMIDOR. ART. 17 DA LEI Nº 9.656 /98. DESCUMPRIMENTO DO DEVER INFORMATIVO. PRESENÇA DOS REQUISITOS PARA A TUTELA DE URGÊNCIA. RECURSO PROVIDO. I. CASO EM EXAME Agravo de instrumento interposto contra decisão que, em ação de obrigação de fazer, indeferiu pedido de tutela antecipada sob o fundamento de ausência dos requisitos previstos no art. 300 do CPC, considerando que o relatório médico apresentado não evidenciava urgência, e que o tratamento poderia ser realizado em outros hospitais credenciados pela operadora do plano de saúde. A agravante pleiteia a continuidade do tratamento com médicos descredenciados devido à falta de comunicação prévia acerca do descredenciamento. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO Há duas questões em discussão: (i) verificar se estão presentes os requisitos para a concessão da tutela de urgência nos termos do art. 300 do CPC; (ii) determinar se houve descumprimento do art. 17 da Lei nº 9.656/98 pela operadora do plano de saúde, especialmente no que tange ao dever de comunicação prévia ao consumidor sobre o descredenciamento do prestador de serviços. III. RAZÕES DE DECIDIR O art. 17 da Lei nº 9.656 /98 prevê que o descredenciamento de prestadores de serviços de saúde por operadoras de plano de saúde é permitido, desde que haja substituição por outro equivalente, comunicação prévia ao consumidor e respeito a prazos legais, salvo hipóteses excepcionais. A operadora do plano de saúde não comprovou ter comunicado o descredenciamento ao consumidor, descumprindo o dever informativo previsto no referido artigo. A jurisprudência é pacífica no sentido de que a ausência de comunicação prévia acerca do descredenciamento torna a conduta da operadora abusiva, inviabilizando a continuidade do

tratamento e prejudicando o consumidor. No caso concreto, verificou-se que o descredenciamento prejudicou a continuidade do tratamento da agravante com médicos alergologista e pneumologista, previamente agendado. Tal situação justifica a concessão da tutela de urgência, diante da presença cumulativa da probabilidade do direito (descumprimento do dever informativo pela operadora) e do perigo de dano risco à saúde da consumidora). A decisão agravada merece reforma para garantir a continuidade do tratamento no hospital descredenciado, assegurando a proteção à saúde e ao bem-estar da autora. IV. DISPOSITIVO E TESE Recurso provido. Tese de julgamento: A ausência de comunicação prévia ao consumidor sobre o descredenciamento de prestadores de serviços de saúde, em descumprimento ao art. 17 da Lei nº 9.656 /98, configura prática abusiva e justifica a concessão de tutela de urgência para garantir a continuidade do tratamento. Para a concessão de tutela de urgência, é necessária a presença cumulativa da probabilidade do direito e do perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo, nos termos do art. 300 do CPC. Dispositivos relevantes citados: CPC , art. 300 ; Lei nº 9.656 /98, art. 17 . Jurisprudência relevante citada: TJSP, Agravo de Instrumento 2254980-73.2023.8.26.0000 , Rel. Des. Hertha Helena de Oliveira , j. 19/12/2023. TJSP, Agravo de Instrumento 2025608-97.2022.8.26.0000 , Rel. Des. Enéas Costa Garcia , j. 27/05/2022. TJSP, Agravo de Instrumento 2094120-16.2014.8.26.0000 , Rel. Des. Mary Grün , j. 22/10/2014.

(TJ-SP - Agravo de Instrumento 22699296820248260000 São Paulo. Jurisprudência, Acórdão, publicado em 04/12/2024).

Essa busca pela via judicial não é apenas resultado de conflitos contratuais, mas também da necessidade concreta de preservação da vida e da continuidade do tratamento, fatores que fazem com que o tempo de resposta seja tão importante quanto a decisão propriamente dita.

Esse movimento encontra forte fundamento na própria Constituição Federal, que assegura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, vejamos:

art. 196 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.

Embora tal dispositivo tenha como foco principal o Sistema Único de Saúde, ele irradia seus efeitos para a saúde suplementar, uma vez que os planos de saúde assumem função complementar ao dever estatal. Dessa forma,

quando a operadora, por sua conduta, inviabiliza o acesso ao atendimento contratado, a judicialização atua como mecanismo de concretização desse direito fundamental.

Além dos consumidores, as redes credenciadas também enfrentam impactos relevantes decorrentes de práticas de descredenciamento. A interrupção unilateral de contratos, sem observância dos prazos e condições pactuados, pode gerar prejuízos financeiros significativos e comprometer a estrutura de atendimento de hospitais, clínicas e profissionais de saúde.

Nessas circunstâncias, prestadores descredenciados recorrem ao Judiciário para questionar a legalidade do desligamento, buscar reparação ou impedir práticas abusivas que afetem a estabilidade econômica e operacional do serviço. Assim, a judicialização ultrapassa a perspectiva individual do beneficiário e alcança toda a cadeia de prestação de serviços.

Esse cenário evidencia que a atuação judicial acaba se transformando em verdadeiro mecanismo de equilíbrio no setor suplementar, sobretudo quando a relação entre operadoras e prestadores se torna assimétrica e marcada por condutas que fragilizam a continuidade e a qualidade da assistência.

A responsabilização civil das operadoras nesses casos demonstra que o descredenciamento, quando conduzido de forma inadequada, viola não apenas direitos individuais, mas também compromete a função social dos contratos e a eficiência do sistema suplementar como um todo.

Assim, embora não seja desejável que a busca por atendimento dependa da intervenção judicial, a judicialização da saúde suplementar tem se consolidado como ferramenta indispensável para garantir que os usuários e as redes credenciadas não fiquem desprotegidos diante de decisões unilaterais das operadoras. O recurso ao Judiciário, portanto, passa a representar não apenas a defesa de interesses individuais ou empresariais, mas a reafirmação da centralidade do direito à saúde, valor constitucionalmente protegido e essencial à dignidade humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este trabalho, torna-se evidente que o descredenciamento de prestadores pelas operadoras de saúde é um procedimento que vai muito além

de um simples ato administrativo. Trata-se de um processo que repercute diretamente na estrutura da rede assistencial e, principalmente, na vida dos usuários que dependem desses serviços para assegurar sua integridade física e continuidade terapêutica. Por essa razão, a legislação e a regulação da saúde suplementar evoluíram para estabelecer parâmetros claros, cujo objetivo é equilibrar interesses privados e direitos fundamentais.

A pesquisa permitiu constatar que a legislação, especialmente a Lei nº 9.656/1998 e as Resoluções Normativas da ANS, estabeleceram requisitos indispensáveis para que o descredenciamento seja realizado de forma lícita e transparente. No entanto, verificou-se que, na prática, muitas operadoras ainda descumprem etapas essenciais, como a comunicação prévia adequada, a garantia de substituição equivalente e a preservação da continuidade assistencial. Essas falhas não apenas comprometem a função social do contrato, como também geram insegurança jurídica e prejuízos concretos aos usuários e às redes credenciadas.

Percebe-se, ainda, que a maior parte dos litígios envolvendo planos de saúde decorre justamente dessas irregularidades no descredenciamento. A judicialização, portanto, surge como resposta à incapacidade do sistema suplementar de prevenir danos e assegurar o cumprimento das normas regulatórias. Embora indesejável como mecanismo rotineiro, a intervenção judicial tem se mostrado, muitas vezes, o único caminho para garantir que tratamentos em curso não sejam interrompidos e que prestadores não sejam desligados de forma abrupta e injustificada.

De igual modo, ficou claro que as redes credenciadas também sofrem impactos relevantes quando o descredenciamento ocorre sem observância das regras contratuais e regulatórias. Prejuízos estruturais, financeiros e operacionais atingem não apenas os prestadores, mas todo o conjunto de usuários que dependem daquele serviço.

A proteção jurídica conferida pela regulação e pela jurisprudência busca exatamente mitigar esses efeitos, reforçando a necessidade de que as operadoras atuem com boa-fé, planejamento e transparência.

Assim, o estudo evidencia que a efetividade do processo de descredenciamento depende de um alinhamento contínuo entre legislação, fiscalização e práticas contratuais. É imprescindível que operadoras de saúde

reconheçam que a organização de suas redes não pode se dissociar da proteção ao consumidor, da preservação da continuidade assistencial e do respeito às normas que estruturam o setor. Para os usuários, esse conjunto de garantias representam a segurança de que suas necessidades de saúde não serão interrompidas por decisões unilaterais e desamparadas de justificativa adequada.

Por fim, o tema demonstrou grande relevância acadêmica e prática. A análise das normas, da jurisprudência e dos impactos sociais e jurídicos envolvidos permitiu compreender a profundidade e a sensibilidade do assunto. Esta pesquisa contribuiu para reforçar a importância da função social dos contratos de saúde suplementar, para estimular uma reflexão crítica sobre as práticas das operadoras e para reafirmar que o direito à saúde, enquanto direito fundamental, deve guiar toda e qualquer decisão que envolva a organização da rede assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Constituição Da República Federativa Do Brasil**. Diário Oficial, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial. Brasília, DF, Presidência da República, 1998.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasília, DF, Presidência da República, 2000.

BRASIL. **Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011**. Estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. Brasília, DF, Presidência da República, 2011.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Brasília, DF, Presidência da República, 1990.

BRASIL, **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. **Resolução Normativa nº 365**, de 11 de dezembro de 2014. Dispõe sobre regras para substituição de prestadores. Brasília, DF, 2014.

BRASIL, **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. **Resolução Normativa nº 489**, de 28 de abril de 2022. Dispõe sobre a aplicação de penalidades administrativas. Brasília, DF, 2022.

BRASIL, **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 585**, de 18 de agosto de 2023. Estabelece critérios para substituição e redução da rede assistencial. Brasília, DF, 2023.

BRASIL, **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resoluções Normativas nº 617/2024 e nº 623/2024**. Brasília, DF, 2024.

BRASIL, **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Histórico Oficial**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 8007148-08.2023.8.05.0000**. Agravante: Deraldo Rios Pinheiro Patologia e Análises Clínicas Ltda. Agravado: Bradesco Saúde S/A. Segunda Câmara Cível. Relatora. Des. Maria de Fátima Silva Carvalho. Salvador, BA, 20 de março de 2024.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Agravo de Instrumento nº 2000546-55.2022.8.26.0000**. Agravante: Manuela Bigão Moraes (Menor Representada). Agravado: Amil Assistência Médica Internacional S/A. Primeira Câmara de Direito Privado. Relator: Des. Enéas Costa Garcia. São Paulo, SP, 27 de maio de 2022.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Agravo de Instrumento nº 2269929-68.2024.8.26.0000**. Agravante: Glauce Renata Matheus Costa. Agravados: Saúde Brasil Assistência Médica Ltda e Adcplasp Assessória e Cobrança Ltda. Segunda Câmara de Direito Privado. Relatora: Des. Hertha Helena de Oliveira. São Paulo, SP, 4 de dezembro de 2024.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 608**. Brasília, DF, 2018.

PEREIRA, Caio. **Responsabilidade Civil – De acordo com a Constituição Federal de 1988**. 5ª ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1994, p. 54 e ss.

DANTAS, Eduardo. **Direito Médico**. 4ª ed. Revista e ampliada. Salvador: Editora jusPodivm, 2019, p. 99.