

OBSERVATÓRIO ROSENBAUM — EDIÇÃO 2026

Série “O que a Justiça decide” · volume 1

Plano de saúde negou: o que a Justiça decide

Um guia para quem recebeu uma negativa e não sabe o que fazer



POR

Léo Rosenbaum

Advogado · OAB/SP 176.029

 ROSENBAUM
Advogadas Associadas

Plano de saúde negou: o que a Justiça decide

Um guia para quem recebeu uma negativa e não sabe o que fazer

AUTOR	Léo Rosenbaum — Advogado, OAB/SP 176.029
COLEÇÃO	Observatório Rosenbaum — edição 2026
SÉRIE	O que a Justiça decide · volume 1
EDIÇÃO	1ª edição — São Paulo, 2026 · v1.1 · set/2026
EDITOR	Rosenbaum Advogados, desde 2004
ISBN	a definir

FICHA CATALOGRÁFICA

espaço reservado — a ser elaborada por bibliotecário(a) na publicação

Este material é informativo. Ele descreve a lei, a regulação da ANS e decisões judiciais já proferidas e publicadas em fontes públicas. Não constitui promessa, garantia ou previsão de resultado para nenhum caso concreto, nem substitui a orientação de um advogado sobre a sua situação. Conteúdo publicado nos termos do Provimento 205/2021 da OAB. Responsável: Léo Rosenbaum, OAB/SP 176.029.

Rosenbaum Advogados — desde 2004

Avenida Paulista, 2300 — São Paulo/SP — CEP 01310-300

OAB/SP nº 8.692 · www.rosenbaum.adv.br

Correções e direito de resposta: contato@rosenbaum.adv.br

Sumário

01	Por que escrevi este guia	4
02	Negativa de cobertura em números: o que 52 mil decisões mostram	6
03	O rol da ANS e os cinco critérios do STF, explicados em uma página	9
04	As negativas mais comuns e o que os tribunais decidem sobre cada uma	11
05	Reajuste abusivo: individual, coletivo e por faixa etária	17
06	Cancelamento unilateral e descredenciamento	20
07	Dano moral: quando cabe e o que os tribunais consideram	22
08	Liminar: o que é, quanto tempo leva, o que precisa estar na mão	24
09	Passo a passo: da negativa ao protocolo	26
10	Quando o caso não vale a pena	28
11	Perguntas frequentes	30
12	Sobre o autor	32
—	Notas e fontes	34

1

Por que escrevi este guia

A cena se repete há mais de vinte anos no meu escritório, quase sempre com as mesmas palavras.

A pessoa paga o plano em dia. Às vezes há décadas. Aí chega o dia em que precisa — uma cirurgia marcada, um remédio caro, uma internação de madrugada — e o plano diz não.

O "não" quase nunca vem explicado. Vem por telefone, por aplicativo, ou pela boca de um atendente do hospital que diz que "a autorização não saiu". A pessoa fica com a sensação de que perdeu, de que não tem para onde recorrer, e muitas vezes paga do próprio bolso o que já pagou uma vez na mensalidade.

Escrevi este guia para desfazer essa sensação.

Na maior parte dos casos, a negativa de um plano de saúde não é a palavra final. Ela é o começo de uma discussão que a Justiça de São Paulo vem resolvendo, com muita frequência, a favor do consumidor. Isso não é opinião minha: é o que aparece quando se olham dezenas de milhares de decisões públicas em sequência.

Este material não vende nada e não promete nada. Ele foi escrito para que você entenda três coisas antes de tomar qualquer decisão.

Primeiro: o que a lei realmente diz. Muito do que circula na internet sobre plano de saúde está desatualizado. Regras importantes mudaram em setembro de 2025, e textos antigos continuam no ar repetindo o que não vale mais.

Segundo: o que os tribunais vêm decidindo, por tipo de negativa. Nem toda recusa tem o mesmo destino. Uma negativa de internação de emergência e uma negativa de reajuste anual são casos com histórias muito diferentes nos tribunais, e você merece saber disso antes de investir tempo e dinheiro.

Terceiro: o que guardar. Boa parte dos casos que se perdem não se perde por falta de direito. Perde-se por falta de papel. Uma negativa que ninguém pediu por escrito, um relatório médico genérico, um extrato que a operadora não forneceu.

Também escrevi o capítulo 10, que é o mais incômodo: **quando não vale a pena entrar com ação.** Ele existe porque acho que um guia honesto precisa dizer também onde o consumidor costuma perder. Se você ler só um capítulo depois deste, leia aquele.

Uma observação sobre os números que aparecem ao longo do texto. Eles vêm de um levantamento próprio do escritório sobre decisões públicas do Tribunal de Justiça de São Paulo, que chamamos de Observatório. São decisões de outras pessoas, de todos os escritórios, não casos nossos. Eles descrevem o passado. Nenhum deles diz o que vai acontecer com você.

Boa leitura.

Léo Rosenbaum

São Paulo, 2026

2

Negativa de cobertura em números: o que 52 mil decisões mostram

Antes de falar de lei, vale olhar o que já aconteceu.

O escritório mantém um levantamento contínuo das decisões sobre planos de saúde publicadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo no Diário de Justiça Eletrônico Nacional. A edição de agosto de 2026 analisou **52.260 decisões julgadas**, publicadas entre junho de 2025 e agosto de 2026.

São decisões públicas, de processos de todo tipo de escritório e de todo tipo de beneficiário. O material está disponível na íntegra no [Observatório de Planos de Saúde](#) do site.

O número que resume tudo

Segundo o levantamento do escritório sobre 52.260 decisões julgadas do TJSP, **o consumidor obteve êxito em 86,5% dos casos** — somando procedência total e parcial.

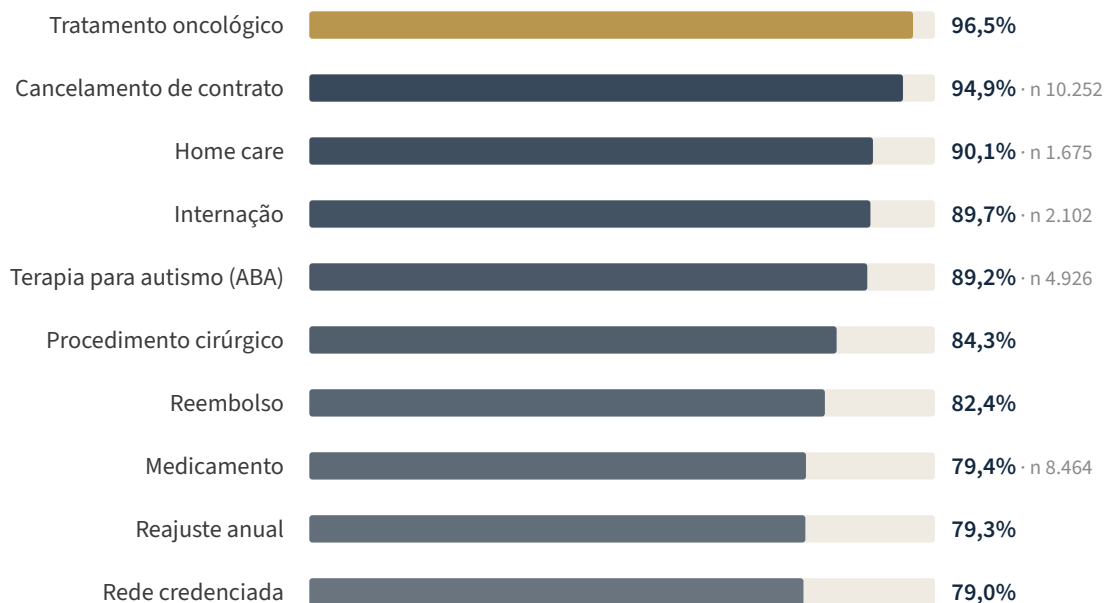
Isso significa que, em pouco mais de 8 de cada 10 decisões, o beneficiário conseguiu no todo ou em parte o que pedia.

É um número alto, e ele merece uma ressalva imediata: **ele descreve decisões já proferidas, não o seu caso**. Cada processo tem prova própria, contrato próprio e um juiz próprio.

O êxito muda muito conforme o tipo de negativa

Essa é a parte que quase ninguém conta. A média de 86,5% esconde diferenças grandes.

DO CONSUMIDOR POR TIPO DE NEGATIVA



Fonte: levantamento do escritório sobre decisões públicas do TJSP, jun/2025 a ago/2026. O número de decisões por tipo varia de 881 a 10.252.

Repare no topo e no fim da tabela. **Câncer e cancelamento de contrato são quase certeza nos tribunais paulistas. Medicamento e reajuste são os temas mais disputados** — e ainda assim o consumidor ganha cerca de 4 em cada 5 vezes.

Isso não quer dizer que reajuste seja caso ruim. Quer dizer que reajuste é caso que exige tese e prova mais robustas, e que um advogado sério vai olhar seus documentos com mais cuidado antes de dizer qualquer coisa.

O fator que mais muda o resultado: urgência

De todos os elementos que aparecem nas decisões, nenhum separa tanto os resultados quanto este.

Quando há **urgência ou emergência médica documentada**, o êxito do consumidor é de **96,0%**.

Quando o caráter de urgência não aparece discutido na decisão, o êxito cai para **23,4%**.

OR QUE MAIS MUDA O RESULTADO



mento do escritório sobre decisões públicas do TJSP, jun/2025 a ago/2026.

É a diferença mais brutal de todo o levantamento, e ela tem uma consequência prática que vale mais do que qualquer explicação jurídica deste guia: **peça ao seu médico que escreva, com todas as letras, se o caso é urgente e qual é o risco da demora.**

Um relatório que descreve a doença mas não diz nada sobre risco na espera é um relatório mais fraco. Um relatório que registra "urgência" e explica por quê é outro documento.

Fora do rol da ANS

Mesmo quando o tratamento não está listado no rol da ANS, o consumidor venceu em **87,1%** das decisões analisadas.

O capítulo seguinte explica por que isso continua acontecendo mesmo depois de o Supremo Tribunal Federal ter fixado que o rol é taxativo com exceções.

Quanto vale o dano moral

O dano moral foi concedido em **7.952** das decisões analisadas. Entre as que informam o valor, a mediana ficou em **R\$ 10 mil**, com forte concentração nessa faixa. Um quarto das decisões ficou em até R\$ 5 mil.

Base: 5.543 decisões com valor de dano moral explícito no texto publicado.

Guarde esse número com cautela. Como você vai ver no capítulo 7, **o dano moral em plano de saúde deixou de ser automático** — houve uma mudança importante no Superior Tribunal de Justiça, e ela pesa hoje em qualquer avaliação honesta de caso.

O porte da operadora não muda o resultado

Uma dúvida frequente é se vale a pena discutir com uma operadora grande.

Nas decisões analisadas, cerca de 8 em cada 10 deram razão ao consumidor, e isso se manteve alto contra todas as grandes operadoras. **O tamanho da empresa não apareceu como fator que mude o resultado.**

O escritório não publica ranking por operadora. O dado é apresentado de forma agregada, e assim ele continua ao longo de todo este guia.

O que o levantamento não mostra

Três limites que precisam estar claros.

Ele cobre **apenas o Tribunal de Justiça de São Paulo**, no período indicado. Não é um retrato do Brasil.

Ele **não inclui acordos**, porque o Diário de Justiça não publica acordos. Casos que terminam em acordo tendem a ser os menos disputados, e ficam de fora.

E ele descreve **o passado**. Jurisprudência muda, como você vai ver nos capítulos 3 e 7, em que duas mudanças recentes alteraram o jogo.

3

O rol da ANS e os cinco critérios do STF, explicados em uma página

Se você pesquisou sobre negativa de plano de saúde na internet, é provável que tenha lido que "o rol da ANS é exemplificativo". **Essa frase está desatualizada e não deve orientar a sua decisão.**

Vou explicar o que mudou, em linguagem direta.

O que é o rol

O rol de procedimentos da ANS é a lista do que os planos são obrigados a cobrir. Ele é atualizado periodicamente pela agência reguladora.

A discussão jurídica dos últimos anos sempre foi a mesma: **e quando o médico prescreve algo que não está na lista?**

O que mudou em setembro de 2025

Durante um período, prevaleceu o entendimento de que a lista era apenas um mínimo e que tudo o que o médico prescrevesse estaria coberto.

Em **18 de setembro de 2025**, o Supremo Tribunal Federal julgou a **ADI 7.265** e fixou outro desenho: o rol é **taxativo, com exceções controladas**. Poucos dias antes, o próprio TJSP revogou as súmulas que sustentavam a leitura anterior.

Na prática: **a cobertura fora da lista continua possível, mas deixou de ser presumida**. Ela passou a depender do preenchimento de requisitos.

Os cinco critérios da ADI 7.265

Para que o plano seja obrigado a cobrir algo que não está no rol, os cinco requisitos abaixo precisam estar presentes **ao mesmo tempo**. Falta um, cai o pedido.

1. Prescrição fundamentada do médico assistente. Não basta uma receita. Precisa de um relatório que explique o diagnóstico, o que já foi tentado e por que este tratamento.

2. Ausência de negativa expressa da ANS e de análise pendente. Se a agência já recusou incorporar aquela tecnologia, ou se ela está na fila de avaliação, a exceção não se abre.

3. Inexistência de alternativa adequada dentro do rol. Se há um tratamento listado que resolve, o plano pode oferecer aquele.

4. Comprovação científica de eficácia e segurança, com evidências de alto nível ou recomendação de órgão técnico.

5. Registro na Anvisa. Este é eliminatório por si só. Sem registro, o caminho é outro e muito mais estreito.

A regra especial do câncer

Há uma exceção importante que sobreviveu a tudo isso.

Medicamentos antineoplásicos de uso oral para câncer têm cobertura obrigatória independentemente do rol, pela Lei 12.880/2013, desde que registrados na Anvisa. E o Tema 990 do STJ firmou que medicamento com registro na Anvisa deve ser coberto, inclusive em uso fora da bula.

É por isso que oncologia aparece com **96,5%** de êxito no levantamento, e medicamento em geral com 79,4%.

Por que o consumidor ainda ganha 87,1% dos casos fora do rol

A pergunta é natural: se o rol virou taxativo, por que os números seguem altos?

Porque as hipóteses legais de cobertura continuam valendo. A maior parte das negativas não discute tecnologia experimental — discute exclusão contratual, carência, limite de sessões, material cirúrgico, home care. Nesses casos, o rol nem é o ponto central.

E porque, quando os cinco critérios estão bem documentados, os tribunais os têm reconhecido.

O QUE A JUSTIÇA DECIDIU

Processo nº 4008599-71.2025.8.26.0004 — 2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP, julgado em **20/08/2026**.

Uma paciente com carcinoma de colo de útero recorrente e metastático teve negado um medicamento antineoplásico que não constava do rol. O tribunal manteve a condenação da operadora, registrando que os cinco requisitos da ADI 7.265 estavam preenchidos de forma cumulativa: prescrição por oncologista habilitado, ausência de negativa ou de análise pendente na ANS, esgotamento das linhas de tratamento disponíveis no rol, comprovação de eficácia e registro sanitário. Houve também condenação por dano moral em R\$ 7 mil.

Decisão pública do TJSP, citada em caráter informativo. Cada caso é único.

Se você quer se aprofundar, o site traz páginas específicas sobre tratamento que não consta no rol da ANS e sobre tratamento off-label.

4

As negativas mais comuns e o que os tribunais decidem sobre cada uma

Este é o capítulo central do guia. Ele percorre os cinco grupos de negativa que mais aparecem, com a regra legal, o que o levantamento mostra e o que você deveria ter guardado.

4.1 Medicamento de alto custo e uso fora da bula

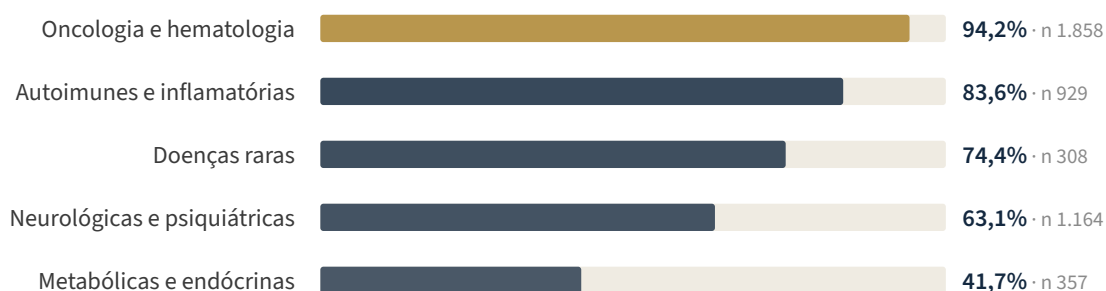
"Alto custo" não é categoria legal. É o apelido de um conjunto de remédios que vão de alguns milhares a mais de duzentos mil reais por mês: oncológicos, imunobiológicos, terapias-alvo, medicamentos órfãos.

A negativa costuma vir com uma de três justificativas: não está no rol, é uso fora da bula, ou não há comprovação de eficácia.

O que a lei diz. Vale o desenho do capítulo 3 — cinco critérios cumulativos para o que está fora do rol, mais a regra especial dos antineoplásicos orais. O registro na Anvisa é condição de entrada.

O que os tribunais decidem. No levantamento, medicamento aparece com **79,4% de êxito** sobre 8.464 decisões julgadas. É um dos dois temas mais disputados, e o motivo fica claro quando se olha por quadro clínico.

AMENTO DE ALTO CUSTO: ÊXITO POR GRUPO DE DOENÇA



Fonte: levantamento do escritório, edição de agosto de 2026. O recorte cobre 5.543 das 8.458 decisões julgadas sobre medicamento, ou 65,5% — por isso os grupos não somam o percentual geral da categoria.

A leitura prática é direta. **Quando a doença é oncológica e a prescrição é bem fundamentada, a cobertura tem sido reconhecida em quase todos os casos.** Quando o pedido envolve uso fora da bula ou uma eficácia ainda em debate científico, a Justiça se divide — e o laudo médico passa a ser o documento que decide.

O QUE A JUSTIÇA DECIDIU

Processo nº 4005700-30.2025.8.26.0577 — 2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP, julgado em 27/08/2026.

Um paciente com transtorno depressivo recorrente, histórico de resposta insatisfatória a vários medicamentos e múltiplas tentativas de suicídio teve negado um medicamento de alto custo prescrito para depressão resistente. A obrigação de fornecer o medicamento havia sido reconhecida em primeira instância; o tribunal, além de mantê-la, reconheceu o dano moral em R\$ 10 mil e corrigiu o valor da causa, que deve corresponder ao benefício economicamente negado — no caso, um protocolo documentado de 88 aplicações ao longo de no mínimo nove meses.

Decisão pública do TJSP, citada em caráter informativo. Cada caso é único.

O que guardar. Prescrição detalhada e fundamentada, relatório médico, negativa por escrito com a justificativa da operadora, comprovante de registro na Anvisa quando você tiver, e nota fiscal se já comprou por conta própria — o valor gasto pode ser pedido na mesma ação.

O site aprofunda o tema nas páginas de [medicamento de alto custo](#) e de [medicamentos oncológicos negados](#).

4.2 Cirurgia, materiais e o rótulo de "procedimento estético"

O que a lei diz. Autorizada a cobertura da doença, o plano não escolhe a técnica. A escolha do procedimento é do médico assistente, e materiais ligados a um ato cirúrgico coberto acompanham a cobertura.

O ponto sensível é a palavra **estético**. Procedimento com finalidade puramente estética não tem cobertura obrigatória. Mas cirurgia reparadora não é estética, ainda que mexa na aparência — é o caso clássico da cirurgia após grande emagrecimento, tema da Súmula 97 do TJSP.

O que os tribunais decidem. Procedimento cirúrgico aparece com **84,3% de êxito** no levantamento do escritório sobre as decisões públicas do TJSP — abaixo da média geral de 86,5%, mas ainda assim com o consumidor vencendo mais de 8 em cada 10 vezes.

A recusa de material ligado a cirurgia coberta é tratada como abusiva com muita frequência. Já a recusa fundada em finalidade estética é a que mais sobrevive, quando a operadora consegue mostrar que não havia indicação funcional.

O que guardar. Pedido do médico com o nome do procedimento e do material, com registro Anvisa do material quando houver; a negativa por escrito; o orçamento particular; e — este é o ponto — um relatório que registre **por que a espera é arriscada**. Sem isso, o pedido de liminar fica frágil mesmo em caso forte.

Detalhes específicos estão nas páginas sobre [negativa de cirurgia](#) e sobre [próteses, órteses e stents](#).

4.3 Home care e internação prolongada

O que a lei diz. A Súmula 302 do STJ considera abusiva a cláusula que limita o tempo de internação. Quem define quanto tempo o paciente precisa ficar internado é o médico, não o contrato.

O home care — a internação domiciliar — costuma vir excluído em cláusula contratual. Só que, quando o médico indica o atendimento em casa **como substituto da internação hospitalar**, a exclusão tem sido afastada. A lógica é simples: se o plano cobre a internação, cobre a alternativa que a substitui e custa menos.

O que os tribunais decidem. Home care aparece com **90,1% de êxito** sobre 1.675 decisões julgadas. Internação, com **89,7%** sobre 2.102.

O QUE A JUSTIÇA DECIDIU

Processo nº 4003846-37.2025.8.26.0565 — 2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP, julgado em 27/08/2026.

Uma paciente tetraplégica e acamada, com sequelas de quatro episódios de AVC, dependente de alimentação por sonda, oxigenoterapia, fisioterapia motora e respiratória e fonoaudiologia, teve o home care negado. A operadora sustentava que faltava perícia médica para apurar a necessidade de enfermagem 24 horas. O tribunal manteve a condenação, registrando que havia prescrição médica expressa para o tratamento domiciliar.

Decisão pública do TJSP, citada em caráter informativo. Cada caso é único.

O que guardar. Laudo ou prescrição indicando o home care, com a **duração e a intensidade** do cuidado necessário; a negativa ou a comunicação de redução do serviço; e, se houve redução depois de um período de atendimento, a nova indicação médica.

Há uma variação frequente que vale mencionar: a operadora não nega, **reduz**. De enfermagem 24 horas para 12, de fisioterapia diária para duas vezes por semana. Redução sem nova avaliação médica é tratada, em geral, do mesmo modo que a negativa.

Mais sobre o tema na página de [home care pelo plano de saúde](#).

4.4 Terapias para autismo e o limite de sessões

O que a lei diz. Desde 2022 não há limite de sessões para terapias como fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e fisioterapia quando há indicação médica. O tratamento multidisciplinar do transtorno do espectro autista, incluindo a abordagem ABA, entra nesse desenho.

O que os tribunais decidem. Terapia multidisciplinar aparece com **89,2% de êxito** sobre 4.926 decisões julgadas. É um dos maiores volumes de todo o levantamento, o que dá uma ideia de quanto essa negativa é comum.

A limitação de sessões, quando o médico indica tratamento contínuo, tem sido sistematicamente afastada.

Existe uma segunda frente, menos conhecida e cada vez mais frequente: **a coparticipação usada como barreira**. O plano autoriza as terapias, mas cobra um valor por sessão que, somado, chega perto ou acima da própria mensalidade. Na prática, a família desiste.

O QUE A JUSTIÇA DECIDIU

Processo nº 4002395-17.2025.8.26.0099 — 4ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP, julgado em 31/08/2026.

Uma criança com transtorno do espectro autista e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade tinha o tratamento multidisciplinar autorizado, mas com coparticipação. O tribunal considerou a cláusula de coparticipação válida em tese, e ainda assim reconheceu que a cobrança se tornara excessivamente onerosa, funcionando como fator restritivo severo de acesso à saúde. Limitou a coparticipação mensal ao valor de uma mensalidade do plano e determinou a devolução do que foi pago a mais desde a primeira cobrança abusiva.

Decisão pública do TJSP, citada em caráter informativo. Cada caso é único.

O que guardar. Laudo com o diagnóstico e o número de sessões semanais indicadas por especialidade; a autorização parcial ou a negativa; e, no caso de coparticipação, **as faturas dos últimos meses** e o valor total do plano. É a comparação entre os dois que mostra a onerosidade.

Mais informação na página sobre [terapia ABA e cobertura pelo plano de saúde](#).

4.5 Urgência e emergência durante a carência

Este é o grupo em que mais se vê negativa indevida, e também aquele em que a lei é mais clara.

O que a lei diz. A carência é legal. Ela tem prazos máximos fixados no artigo 12, inciso V, da Lei 9.656/98:

Situação	Prazo máximo de carência
Urgência e emergência	24 horas
Consultas e exames simples	30 dias
Internações, cirurgias e demais casos	180 dias
Parto a termo	300 dias
Doenças e lesões preexistentes	24 meses

O contrato pode prever prazos menores. Nunca maiores.

A regra que mais importa é a primeira. **Passadas 24 horas da assinatura do contrato, a operadora deve cobrir urgência e emergência**, mesmo que todas as outras carências ainda estejam correndo. É o que garante o artigo 35-C da mesma lei.

Existe uma resolução administrativa antiga que tentou limitar esse atendimento às primeiras 12 horas. Os tribunais paulistas têm tratado esse limite como abusivo. O Superior Tribunal de Justiça afetou o tema para julgamento em repetitivo — o **Tema 1.314** — e ele segue pendente. Enquanto isso, os processos em curso nas instâncias ordinárias continuam sendo julgados normalmente.

O que os tribunais decidem. Como mostrado no capítulo 2, havendo urgência ou emergência médica documentada o êxito do consumidor chega a **96,0%** no levantamento do escritório. É o maior índice de todo o estudo, e ele aparece justamente onde a lei é mais explícita.

O QUE A JUSTIÇA DECIDIU

Processo nº 4004655-27.2026.8.26.0004 — 2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP, julgado em 27/08/2026.

Um beneficiário ainda em período de carência foi internado com sinusite extensa confirmada por tomografia, leucócitos em 23 mil e protocolo de sepse aberto. A operadora recusou a cobertura invocando a carência contratual, e a família custeou R\$ 12.600 de internação. O tribunal manteve o ressarcimento integral e, em grau recursal, reconheceu também o dano moral em R\$ 8 mil — pesaram as cobranças financeiras reiteradas feitas sob ameaça de interromper o tratamento e a alta médica precoce.

Decisão pública do TJSP, citada em caráter informativo. Cada caso é único.

Uma variação frequente é a negativa por **doença preexistente**. A operadora alega que a condição já existia antes da contratação e aplica a cobertura parcial temporária de 24 meses.

Aqui há duas travas importantes. A primeira: pela Súmula 609 do STJ, a recusa por preexistência é ilícita se a operadora não exigiu exame médico antes da contratação ou não demonstrou má-fé do consumidor — e **o ônus de provar a má-fé é dela**. A segunda: mesmo com cobertura parcial temporária válida, a urgência continua coberta depois das 24 horas.

O QUE A JUSTIÇA DECIDIU

Processo nº 4007106-91.2026.8.26.0564 — 4ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP, julgado em 31/08/2026.

Quatro meses após contratar o plano, uma beneficiária teve infarto agudo do miocárdio e a internação foi negada com base em cobertura parcial temporária por doenças preexistentes que ela própria havia declarado. O tribunal manteve a condenação ao custeio integral e o dano moral de R\$ 10 mil, registrando que a cobertura parcial temporária não autoriza recusa em situação emergencial depois do prazo de 24 horas.

Decisão pública do TJSP, citada em caráter informativo. Cada caso é único.

O que guardar. O contrato ou a proposta com a data de início; o relatório ou prontuário que registre **a palavra urgência ou emergência**; a negativa por escrito; e a conta hospitalar, se foi cobrada.

Há uma página do site dedicada só a isso: [o plano pode negar internação por carência?](#)

Tabela-resumo por tipo de negativa

Tipo de negativa	O que a lei diz	O que os tribunais decidem	O que guardar
Medicamento de alto custo	Fora do rol, exige os 5 critérios da ADI 7.265. Antineoplásico oral tem cobertura obrigatória pela Lei 12.880/2013	79,4% de êxito. Oncologia 94,2%; condições metabólicas e neurológicas são as mais disputadas	Prescrição fundamentada, laudo, negativa por escrito, registro Anvisa, nota fiscal se já comprou
Cirurgia e materiais	A técnica é escolha do médico. Material ligado a cirurgia coberta acompanha a cobertura. Estético puro não tem cobertura	84,3% de êxito em procedimento cirúrgico	Pedido médico com procedimento e material, negativa, orçamento, relatório que registre o risco da espera

Tipo de negativa	O que a lei diz	O que os tribunais decidem	O que guardar
Home care e internação	Súmula 302 do STJ veda limite de tempo de internação. Home care substituto da internação tem cobertura	90,1% em home care; 89,7% em internação	Prescrição com duração e intensidade do cuidado, negativa ou comunicação de redução, nova indicação médica
Terapias e TEA	Sem limite de sessões havendo indicação médica. Coparticipação não pode inviabilizar o tratamento	89,2% de êxito	Laudo com sessões por especialidade, autorização parcial ou negativa, faturas de coparticipação
Urgência na carência	Carência máxima de 24 horas para urgência e emergência, art. 12, V e art. 35-C da Lei 9.656/98	96,0% de êxito havendo urgência documentada	Contrato com data de início, relatório com a palavra urgência, negativa, conta hospitalar
Preexistência	Súmula 609 do STJ: sem exame prévio ou prova de má-fé, a recusa é ilícita	Urgência continua coberta mesmo com cobertura parcial temporária válida	Declaração de saúde preenchida na adesão, exames da época, contrato
Reembolso	Reembolso de despesa coberta, paga por falta de rede ou urgência	82,4% de êxito	Nota fiscal, pedido de reembolso protocolado, negativa ou ausência de resposta
Rede credenciada	Art. 17 da Lei 9.656/98: aviso de 30 dias e substituição por equivalente	79,0% de êxito	Comunicado do descredenciamento, prova da data, relatório sobre tratamento em curso
Reajuste	Coletivo exige memória de cálculo. Faixa etária exige previsão contratual e base atuarial idônea	79,3% no anual; 84,4% na faixa etária	Histórico financeiro com a mensalidade mês a mês desde o início do contrato
Cancelamento	Art. 13 da Lei 9.656/98. Tratamento em curso impede a interrupção	94,9% de êxito	Comunicação do cancelamento, laudo do tratamento em curso, comprovantes de pagamento

5

Reajuste abusivo: individual, coletivo e por faixa etária

Reajuste é o tema que mais gera revolta e o que menos gera ação. As pessoas reclamam, pagam e seguem em frente.

É também, junto com medicamento, o tema mais disputado nos tribunais. Vale entender por quê.

Três reajustes diferentes

O **reajuste anual** acompanha a inflação de custos do setor. Em planos individuais e familiares, ele tem teto: a ANS divulga um índice máximo todo ano, e ninguém pode cobrar acima disso. Em planos coletivos, **não há teto** — o reajuste é negociado entre a operadora e quem contratou.

O **reajuste por faixa etária** acontece quando você muda de faixa. Ele é legal, mas tem limites: precisa estar previsto em contrato, seguir as faixas da ANS e ter base atuarial idônea. E o valor da última faixa não pode passar de seis vezes o valor da primeira.

O **reajuste por sinistralidade** é o que aparece em contratos coletivos quando a operadora alega que o grupo usou mais do que o previsto. Ele exige demonstração de cálculo. Sem memória de cálculo, cai com frequência.

O que muda tudo: o tipo de contrato

Aqui está o ponto que quase ninguém sabe e que decide o caso.

Muita gente tem um plano que se chama "coletivo empresarial", com CNPJ, mas em que os beneficiários são **uma única família**. Um casal, um casal com dois filhos, uma pessoa sozinha com o CNPJ de uma empresa que existe basicamente para o plano.

Esse contrato tem nome nos tribunais: **falso coletivo**. Reconhecido o falso coletivo, o contrato passa a ser tratado como individual — e com isso vem o teto da ANS e o pedido de devolução do que foi pago a mais.

Há ainda uma regra relevante para contratos com **menos de 30 vidas**: pela regulação da ANS eles devem entrar em um agrupamento com percentual único, e aplicar sinistralidade isolada nesses contratos é irregular.

O que os tribunais decidem

Segundo o levantamento do escritório, o êxito nos casos de reajuste é o mais baixo do estudo:

DO CONSUMIDOR POR TIPO DE REAJUSTE



Base: 4.383 decisões julgadas sobre reajuste, TJSP, jun/2025 a ago/2026.

Os percentuais efetivamente questionados são altos: a mediana ficou em **36%** nos reajustes anuais, **70%** nos de faixa etária e **75%** quando os dois se somam.

O QUE A JUSTIÇA DECIDIU

Processo nº 4012190-68.2025.8.26.0577 — 2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP, julgado em 30/07/2026.

Uma família de quatro pessoas contratou em 2023 um plano coletivo empresarial e viu a mensalidade subir. A sentença julgou tudo improcedente. Em segundo grau, o tribunal reconheceu a falsa coletivização — quatro beneficiários do mesmo núcleo familiar — e determinou a substituição dos reajustes anuais pelos índices da ANS para planos individuais. **Mas rejeitou o segundo pedido:** o enquadramento inicial dos beneficiários idosos na última faixa etária, no momento da migração, foi considerado válido. O recurso foi provido em parte.

Decisão pública do TJSP, citada em caráter informativo. Cada caso é único.

Escolhi essa decisão de propósito. Ela mostra o que acontece na maioria dos casos de reajuste: **ganha-se uma parte e perde-se outra.**

O documento que resolve

Se você levar só uma informação deste capítulo, leve esta.

Para discutir reajuste, é preciso o **histórico financeiro do plano** — algumas operadoras chamam de extrato de pagamentos. É o documento que traz a mensalidade **mês a mês desde o início do contrato**, e é ele que permite recalcular o que foi cobrado a mais.

Boleto avulso do mês do aumento não serve. Carta de reajuste solta não serve. Nenhum dos dois mostra a série.

Você pode pedir o histórico no aplicativo, no site, pelo SAC ou por e-mail. Se preferir, copie esta frase:

"Solicito o histórico financeiro completo dos meus pagamentos, com o valor da mensalidade mês a mês desde o início do contrato."

Se a operadora não fornecer, a alternativa é o **informe anual de pagamentos** que ela emite para o imposto de renda, um arquivo por ano.

Uma última nota prática: a devolução de valores pagos a mais costuma alcançar os **últimos três anos**. Isso importa na hora de avaliar se o caso compensa, e o capítulo 10 volta ao assunto.

As páginas sobre aumento abusivo de plano de saúde e falso coletivo detalham cada modalidade.

6

Cancelamento unilateral e descredenciamento

Quando a operadora cancela o plano

Esta é a categoria com um dos maiores índices de êxito de todo o levantamento: **94,9%** sobre 10.252 decisões julgadas. É também uma das mais frequentes.

O que a lei diz. O artigo 13 da Lei 9.656/98 é o ponto de partida. Ele permite a rescisão por fraude ou por inadimplência superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses — **desde que o beneficiário seja notificado até o 50º dia.**

E veda expressamente a rescisão durante a internação.

Há uma proteção adicional que vale para todos os tipos de contrato: **beneficiário em tratamento continuado não pode ser deixado no meio do caminho.** Mesmo em contratos coletivos, e mesmo quando a rescisão do contrato em si é regular, a operadora deve garantir a continuidade da assistência até a alta, com o titular pagando integralmente.

Contratos coletivos com menos de 30 vidas ganharam ainda outra camada: a rescisão unilateral deles exige motivação idônea, tema julgado em recurso repetitivo pelo STJ.

Situações que os tribunais tratam como abusivas com frequência:

Cancelamento por inadimplência **sem a notificação até o 50º dia**, ou com aviso enviado para endereço ou e-mail desatualizado que a operadora nunca conferiu.

Cancelamento de beneficiário **em tratamento oncológico, gestação de risco, hemodiálise ou terapia continuada**, antes da alta.

Cancelamento de idoso, sobretudo quando ele está há muitos anos no plano.

Exclusão de dependente depois de anos de convivência pacífica com o contrato.

O QUE A JUSTIÇA DECIDIU

Processo nº 4013296-57.2025.8.26.0224 — 2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP, julgado em 13/08/2026.

Uma dependente havia sido incluída no plano em 2003 e mantida sem interrupção por mais de vinte anos, inclusive depois da conversão do contrato para individual em 2010. Em 2025 a operadora exigiu comprovação de dependência econômica e tentou excluí-la. O tribunal declarou nula a exclusão, apontando que a conduta reiterada da empresa — que por duas décadas recebeu as mensalidades e nunca exigiu essa prova — criou legítima expectativa de continuidade. Manteve a condenação por dano moral em R\$ 10 mil.

Decisão pública do TJSP, citada em caráter informativo. Cada caso é único.

O que guardar. A comunicação de cancelamento; todos os avisos de inadimplência que você recebeu, com data — e-mail, mensagem, carta; os comprovantes de pagamento dos últimos doze meses; e o laudo do tratamento em curso, se houver.

Quando o plano cancela por pedido seu — e continua cobrando

Uma variação comum e irritante: você pede o cancelamento, recebe o protocolo, e a operadora continua emitindo boletos. Às vezes o nome vai parar em cadastro de inadimplentes.

O que resolve esse caso é sempre a mesma coisa: **o protocolo do pedido, com data**. Peça sempre por escrito e guarde a confirmação.

Descredenciamento de hospital ou clínica

O que a lei diz. O artigo 17 da Lei 9.656/98 exige duas coisas quando a operadora tira um hospital ou clínica da rede: **comunicação ao consumidor com 30 dias de antecedência e substituição por estabelecimento equivalente**.

O ônus de provar que cumpriu os dois é da operadora, não seu.

O que os tribunais decidem. Rede credenciada aparece com **79,0% de êxito** no levantamento. É um dos temas mais disputados, e o motivo é que a discussão costuma girar em torno do que conta como "equivalente".

O caso fica mais forte quando há tratamento ativo no estabelecimento descredenciado — quimioterapia em curso, hemodiálise, cirurgia marcada — e um relatório médico dizendo que a transferência é inviável ou arriscada.

O caso fica mais fraco quando a operadora avisou no prazo e ofereceu um equivalente razoável na região, e o que existe é uma preferência do paciente por aquele hospital.

O que guardar. O aviso do descredenciamento, com o canal e a data em que chegou; a comprovação do tratamento ativo; e um relatório médico recente sobre a inviabilidade de transferir.

7

Dano moral: quando cabe e o que os tribunais consideram

Este capítulo mudou de conteúdo em 2026, e é importante que você leia a versão nova.

O que mudou

Durante muitos anos, prevaleceu em boa parte dos julgados a ideia de que a negativa indevida de cobertura, por si só, já gerava dano moral. Bastava provar a recusa.

Isso mudou. O Superior Tribunal de Justiça, no **Tema Repetitivo 1.365**, firmou que a simples recusa indevida de cobertura **não gera dano moral presumido**. É preciso demonstrar outros elementos, que evidenciem uma alteração real na vida do paciente, além do mero aborrecimento.

Na prática: o dano moral saiu do automático e voltou a depender de prova.

O que os tribunais têm considerado suficiente

Lendo as decisões recentes, alguns elementos aparecem com regularidade quando o dano moral é reconhecido.

A gravidade e a urgência do quadro. Negar cobertura a quem está com risco de vida, em tratamento oncológico, com ideação suicida ou em idade muito avançada é tratado de forma diferente de negar um exame eletivo.

A cobrança financeira no momento da fragilidade. Exigir dinheiro na porta do hospital, sob ameaça de interromper o tratamento ou de dar alta antecipada, aparece com frequência nas decisões que reconhecem o dano.

A necessidade de custear do próprio bolso. Ter de pagar a cirurgia no cartão de crédito de um familiar, vender bens ou recorrer a empréstimo é elemento concreto, não aborrecimento.

A negativação do nome. Quando a recusa gera cobrança e a cobrança vira restrição de crédito, o dano se torna bem mais palpável.

A ausência de dúvida razoável. Se a cobertura era evidente e a operadora resistiu mesmo assim, o tribunal costuma pesar isso. Ao contrário: quando havia dúvida jurídica genuína sobre a extensão da cobertura, alguns julgados afastam o dano moral e mantêm só a obrigação de cobrir.

O que os tribunais têm considerado insuficiente

A recusa isolada, sem repercussão demonstrada. O adiamento de procedimento eletivo, sem urgência e sem agravamento. O desconforto de ter de acionar a Justiça.

Nada disso, sozinho, tem sustentado condenação depois do Tema 1.365.

Quanto costuma ser

Segundo o levantamento do escritório, o dano moral foi concedido em **7.952 decisões**, e entre as que informam valor a **mediana ficou em R\$ 10 mil**. Um quarto das decisões ficou em até R\$ 5 mil, e a concentração em torno dos R\$ 10 mil é forte.

Base: 5.543 decisões com valor explícito no texto publicado.

Duas ressalvas honestas sobre esse número.

Ele descreve **o que já foi decidido**, e não o que vai ser decidido no seu caso. E ele reflete um período em que parte das decisões ainda vinha do regime anterior ao Tema 1.365 — é razoável esperar que o dano moral seja reconhecido com mais seletividade daqui para frente.

Uma observação sobre estratégia

Nem todo caso deve pedir dano moral, e isso não é fraqueza.

Em algumas situações — cancelamento por descumprimento de aviso prévio, por exemplo — muitos juízes tratam o episódio como descumprimento contratual, e o pedido de dano moral acaba gerando sucumbência parcial sem ganho real.

Um advogado que olha os seus documentos e diz "aqui eu não pediria dano moral" está fazendo o trabalho dele, não desistindo do seu caso.

8

Liminar: o que é, quanto tempo leva, o que precisa estar na mão

O que é

Liminar — tecnicamente, **tutela de urgência** — é uma decisão que o juiz toma no começo do processo, antes de ouvir a outra parte ou logo depois, para evitar que o dano aconteça enquanto o processo corre.

Em plano de saúde, ela costuma ser exatamente isto: **uma ordem para que a operadora autorize agora o que negou**.

Ela não encerra o processo. A ação continua, e no fim vem a sentença, que pode confirmar ou não o que foi decidido no início.

O que o juiz precisa ver

A lei processual pede dois elementos, e eles se traduzem em duas perguntas simples.

Você tem razão, pelo que se vê agora? É a probabilidade do direito. Aqui entram a prescrição médica, a negativa da operadora e a base legal.

Esperar faz mal? É o perigo da demora. Aqui entra o relatório que descreve o risco: agravamento, perda de janela terapêutica, dor, risco de vida.

O segundo elemento é onde a maioria dos pedidos frágeis morre. É por isso que este guia insiste tanto no mesmo ponto: **o relatório médico precisa dizer, com todas as letras, que o caso é urgente e qual é o risco de esperar**.

Descrever a doença sem falar em risco enfraquece o pedido, mesmo em caso grave.

Quanto tempo leva

Não existe prazo legal para o juiz decidir uma liminar, e qualquer número que alguém dê a você como certeza é chute.

O que se pode dizer com honestidade é que **pedidos bem instruídos, com risco documentado, tendem a ser apreciados rapidamente** — em geral em poucos dias. Casos de risco imediato de vida costumam receber atenção prioritária.

E que **pedidos mal instruídos costumam receber uma decisão pedindo mais documentos**, o que atrasa tudo. O tempo que você economiza reunindo os papéis certos antes de entrar é maior do que o tempo que se ganha entrando rápido.

Se a liminar for concedida e a operadora não cumprir

O juiz pode fixar multa diária. Pode determinar o bloqueio de valores para custear o tratamento diretamente. Pode aumentar a multa se a resistência continuar.

Descumprimento de liminar é, aliás, um dos elementos que aparecem nas decisões que reconhecem dano moral.

Se a liminar for negada

Não é o fim. Existe recurso — o agravo de instrumento — e o processo segue rumo à sentença.

Muitas ações que perderam a liminar terminam procedentes. A negativa inicial costuma refletir falta de prova naquele momento, e não a rejeição do direito.

O checklist para o pedido de urgência

- 1 Negativa da operadora por escrito, com a justificativa. Se ela não fornecer, sirva-se do protocolo de atendimento, do print do aplicativo ou do e-mail.
- 2 Prescrição médica com o nome exato do procedimento, medicamento ou material.
- 3 Relatório do médico assistente com diagnóstico, histórico do que já foi tentado, indicação fundamentada e o **risco da espera**.
- 4 Exames e laudos que sustentem o diagnóstico.
- 5 Carteira e comprovante de que as mensalidades estão em dia.
- 6 Orçamento particular, quando houver — ele ajuda a dimensionar o pedido.

9

Passo a passo: da negativa ao protocolo

O que segue é a ordem que eu recomendaria a alguém da minha família.

Passo 1 — Peça a negativa por escrito, no mesmo dia

A operadora é obrigada a informar a você o motivo da recusa por escrito, sempre que você pedir.

Não aceite "não foi autorizado" pelo telefone. Peça o número do protocolo, e peça a negativa por e-mail ou pelo aplicativo. Se o atendente disser que não pode, anote o protocolo, a data, a hora e o nome de quem atendeu.

Se nada vier, mande você um e-mail à operadora relatando o pedido, o número do protocolo e a recusa, e solicitando a justificativa por escrito. **Esse e-mail, sem resposta, já é prova.**

Passo 2 — Peça ao médico um relatório, não só uma receita

Este é o passo que mais muda o resultado, e o mais negligenciado.

Um relatório útil traz:

o **diagnóstico**, com o CID;

o **histórico** — o que já foi tentado e por que não funcionou ou não serve;

a **indicação fundamentada** do procedimento, medicamento ou material, com nome exato e posologia ou quantidade;

a **duração e a intensidade**, quando for terapia ou home care;

e, com todas as letras, se o caso é de **urgência ou emergência** e **qual é o risco concreto de esperar**.

Não tenha vergonha de pedir. Médicos escrevem esse relatório com frequência, e a maioria entende exatamente para que serve.

Passo 3 — Junte o resto dos papéis

Contrato ou proposta de adesão, com a data de início. Carteirinha. Comprovantes de que as mensalidades estão em dia. Exames e laudos. Orçamento particular, se você conseguir. Notas fiscais, se já pagou algo.

Em caso de reajuste, o **histórico financeiro** com a mensalidade mês a mês, como explicado no capítulo 5.

Passo 4 — Registre reclamação na ANS

A reclamação na ANS não é obrigatória e não é pré-requisito para ir à Justiça. Mas ela é útil por dois motivos: às vezes resolve, e sempre obriga a operadora a fundamentar a recusa por escrito.

Ela também é o caminho para cobrar os **prazos máximos de autorização**. A Resolução Normativa 259 da ANS fixa prazos que vão de **3 dias úteis** para exames laboratoriais a **21 dias úteis** para procedimentos de alta complexidade e internações eletivas, com atendimento **imediato** em urgência e emergência.

Se o prazo estourou e ninguém respondeu, **o silêncio também é negativa** — e serve como tal.

A reclamação pode ser registrada pelo site da ANS, pelo aplicativo da agência ou pela central de atendimento ao consumidor da própria ANS.

Passo 5 — Avalie com um advogado antes de pagar do próprio bolso

Se você tem condições de custear e o caso é urgente, custeie — e guarde a nota fiscal. Saúde não espera processo. O valor pago pode ser pedido de volta.

Mas, sempre que der, converse antes. Há situações em que uma liminar sai a tempo, e há situações em que a forma como você paga muda o que dá para pedir depois.

Passo 6 — Se for à Justiça, o pedido tem três partes

Uma ação de plano de saúde costuma pedir três coisas, e é bom você saber o que está pedindo:

a **obrigação de fazer** — que a operadora cubra o que negou;

o **ressarcimento** do que você já gastou, com nota fiscal;

e, quando o caso comporta, a **indenização por dano moral**, nos termos do capítulo 7.

Sobre custos e honorários: eles variam conforme o tipo de caso e o valor envolvido, e o escritório esclarece todos esses valores no primeiro contato, antes de qualquer decisão sua.

O que evitar

Não assine termo de responsabilidade financeira sem ler. Hospitais pedem isso na entrada. Se houver urgência e o plano estiver recusando, registre por escrito que você assina sob protesto porque o atendimento não pode esperar.

Não jogue fora nada. Envelope, carta, print de conversa, boleto. Documento que parece irrelevante costuma ser o que fecha a prova.

Não deixe de pagar a mensalidade por causa da briga. Inadimplência abre a porta para o cancelamento e enfraquece qualquer discussão.

10

Quando o caso não vale a pena

Este capítulo existe porque um guia que só mostra vitória não ajuda ninguém.

Vou listar as situações em que, pela minha experiência e pelo que as decisões públicas mostram, o caso costuma ser mais difícil — ou não deveria virar processo.

Carência regular, sem urgência

A carência é legal. Se você contratou o plano há dois meses e quer fazer uma cirurgia eletiva, sem risco na espera, **a operadora está no seu direito** ao recusar. O prazo de 180 dias existe e vale.

A exceção continua sendo a urgência e a emergência, com o prazo de 24 horas. Fora dela, esperar é o caminho.

O número do levantamento é eloquente aqui: **quando o caráter de urgência não aparece discutido, o êxito do consumidor cai para 23,4%**. É o pior indicador de todo o estudo.

Procedimento puramente estético

Cirurgia com finalidade exclusivamente estética não tem cobertura obrigatória, e a Justiça respeita isso.

A linha divisória é a **finalidade reparadora documentada**. Cirurgia após grande emagrecimento, reconstrução após câncer, correção de deformidade funcional — nada disso é estético, ainda que altere a aparência. Mas é preciso que o relatório médico registre a função, e não só a insatisfação.

Sem indicação funcional no papel, o caso é fraco.

Plano cancelado por inadimplência com aviso regular

Se você ficou mais de 60 dias sem pagar, dentro dos últimos doze meses, e a operadora **notificou você até o 50º dia**, o cancelamento tende a ser considerado válido.

O que se discute nesses casos é sempre a notificação: se ela existiu, se chegou, se foi enviada para o endereço ou o e-mail que você tinha informado. Se a operadora comprova o aviso e você não estava internado nem em tratamento continuado, o caso é difícil.

Tratamento sem registro na Anvisa

O registro sanitário é requisito eliminatório, tanto na regra do STF quanto na jurisprudência anterior a ela.

Medicamento importado sem registro no Brasil tem um caminho próprio, muito mais estreito e ligado a hipóteses excepcionais. Não é a mesma discussão de uma negativa comum, e não deve ser tratada como se fosse.

Uso fora da bula em áreas onde a ciência ainda se divide

Este é o ponto mais delicado do capítulo, e o levantamento mostra por quê.

Enquanto medicamentos oncológicos têm **94,2%** de êxito, os pedidos ligados a **condições metabólicas e endócrinas** ficam em **41,7%**, e os ligados a **condições neurológicas e psiquiátricas** em **63,1%**.

Não é que esses pacientes tenham menos direito. É que nessas áreas o pedido envolve com mais frequência uso fora da bula ou eficácia ainda em debate científico, e a Justiça se divide.

Nesses casos, o laudo médico detalhado deixa de ser importante e passa a ser decisivo. Um relatório genérico praticamente decide o caso contra você.

Descredenciamento com aviso no prazo e substituto equivalente

Se a operadora comunicou com 30 dias de antecedência e ofereceu um hospital equivalente na sua região, e você não tem tratamento ativo naquele estabelecimento, o caso é fraco.

Preferência por um hospital, sozinha, não sustenta a ação.

Reajuste com valor pequeno a recuperar

Reajuste é caso que exige cálculo, documento e tempo. A devolução costuma alcançar os últimos três anos.

Se, feita a conta, o valor a recuperar é modesto, **o processo pode custar mais — em tempo e em desgaste — do que devolve**. Vale fazer essa conta antes.

Procedimento pelo SUS

Se o atendimento está sendo prestado pela rede pública, a discussão é outra, com outro réu e outro rito. Não é caso de ação contra plano de saúde.

Sem negativa comprovável

Por fim, o mais simples e o mais comum: **sem prova de que houve recusa, não há caso**.

Um "não" dado por telefone, sem protocolo, sem e-mail, sem print, sem prazo estourado, é difícil de levar adiante. Por isso o Passo 1 do capítulo anterior é o primeiro de todos.

11

Perguntas frequentes

1. O plano negou por telefone. Isso vale como negativa?

Vale, se você conseguir prová-lo. Peça o número do protocolo e anote data, hora e nome do atendente. Em seguida, mande um e-mail à operadora relatando o pedido e a recusa e solicitando a justificativa por escrito. Se o prazo da ANS estourar sem resposta, o silêncio também funciona como negativa.

2. Preciso reclamar na ANS antes de ir à Justiça?

Não. A reclamação administrativa não é pré-requisito. Ela é útil porque às vezes resolve e porque obriga a operadora a fundamentar a recusa por escrito, mas você pode ir direto ao Judiciário.

3. Quanto tempo demora uma liminar?

Não há prazo legal, e desconfie de quem der um número como certeza. Pedidos bem instruídos, com o risco da espera documentado no relatório médico, costumam ser apreciados rapidamente. Pedidos sem essa documentação costumam receber uma decisão pedindo mais papéis, o que atrasa tudo.

4. O plano pode negar um tratamento só porque não está no rol da ANS?

Depois da ADI 7.265, julgada pelo STF em setembro de 2025, o rol é taxativo com exceções. A cobertura fora da lista continua possível, mas depende de cinco requisitos cumulativos: prescrição fundamentada do médico assistente, ausência de negativa ou de análise pendente na ANS, inexistência de alternativa adequada no rol, comprovação científica de eficácia e registro na Anvisa. Medicamentos antineoplásicos orais para câncer têm regra própria e cobertura obrigatória independentemente do rol.

5. Estou em carência e preciso internar de urgência. O plano pode recusar?

A carência máxima para urgência e emergência é de 24 horas, pelo artigo 12, inciso V, da Lei 9.656/98. Passado esse prazo, a recusa fundada em carência tem sido considerada abusiva. É importante que o relatório ou o prontuário registrem a urgência ou a emergência de forma expressa.

6. O plano alegou doença preexistente. Ele pode?

Pode aplicar cobertura parcial temporária por até 24 meses para procedimentos ligados à doença que você declarou. Mas, pela Súmula 609 do STJ, a recusa por preexistência é ilícita se a operadora não exigiu exame médico antes da contratação ou não demonstrou má-fé sua — e o ônus de provar a má-fé é dela. E, mesmo com cobertura parcial temporária válida, a urgência segue coberta após as 24 horas.

7. O plano pode limitar o número de sessões de terapia?

Havendo indicação médica, a limitação do número de sessões tem sido sistematicamente afastada pelos tribunais. Vale para fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e

para o tratamento multidisciplinar do transtorno do espectro autista. Se a operadora autoriza mas cobra uma coparticipação que inviabiliza o tratamento, essa cobrança também pode ser discutida.

8. Meu plano subiu 40%. Isso é legal?

Depende do tipo de contrato. Planos individuais e familiares têm teto anual fixado pela ANS. Contratos coletivos não têm teto, mas o reajuste por sinistralidade exige demonstração de cálculo, e contratos com poucos beneficiários da mesma família podem ser reconhecidos como falso coletivo — e aí passam a seguir o regime individual. A primeira pergunta que se faz é sempre a mesma: quantas pessoas estão no contrato e qual é o vínculo entre elas.

9. Cancelaram meu plano enquanto eu fazia tratamento. E agora?

Beneficiário em tratamento continuado não pode ser interrompido no meio do caminho. Isso vale inclusive quando a rescisão do contrato em si é regular: a operadora deve garantir a continuidade da assistência até a alta, com o titular pagando integralmente. Guarde a comunicação de cancelamento, o laudo do tratamento em curso e os comprovantes de pagamento.

10. Paguei do meu bolso. Consigo reaver?

É possível pedir o ressarcimento na mesma ação, desde que a despesa fosse coberta e você tenha nota fiscal ou recibo. Reembolso aparece com 82,4% de êxito no levantamento do escritório sobre decisões públicas do TJSP. Guarde tudo, inclusive comprovantes de transferência.

11. Tenho direito a dano moral só porque negaram?

Não mais de forma automática. O STJ, no Tema Repetitivo 1.365, firmou que a simples recusa indevida não gera dano moral presumido — é preciso demonstrar elementos concretos além do aborrecimento, como a gravidade do quadro, cobrança financeira em momento de fragilidade, necessidade de custear do próprio bolso ou negatificação do nome. Quando reconhecido, o valor mediano nas decisões analisadas foi de R\$ 10 mil.

12. Vale a pena processar se eu já consegui o tratamento por outro caminho?

Depende do que você gastou e do que passou. Se houve despesa comprovada, o ressarcimento continua fazendo sentido. Se não houve despesa e o tratamento saiu sem grande transtorno, muitas vezes não compensa. É exatamente o tipo de caso em que uma conversa honesta antes evita um processo inútil.

12

Sobre o autor



Léo Rosenbaum é advogado, inscrito na OAB/SP sob o nº 176.029, e sócio do Rosenbaum Advogados, escritório fundado em dezembro de 2004 e sediado em São Paulo.

O escritório atua em direito do consumidor, com frentes em direito à saúde, direito aéreo, golpes e fraudes bancárias, seguros, negativação indevida e direito imobiliário.

Léo é o responsável pelo Observatório Rosenbaum, o levantamento contínuo de decisões públicas dos tribunais que dá origem aos números deste guia. O levantamento segue metodologia própria do escritório, é revisado por advogado e tem seus critérios publicados junto de cada edição.

Os Observatórios Rosenbaum estão disponíveis para consulta pública no site, e os padrões editoriais que orientam a publicação também.

Rosenbaum Advogados
Avenida Paulista, 2300 — São Paulo/SP — CEP 01310-300
OAB/SP nº 8.692

Para continuar

Se depois de ler você quiser entender melhor a sua situação, há dois caminhos no site, e nenhum dos dois exige cadastro.

Ver o que a Justiça vem decidindo em casos como o seu. O site tem uma ferramenta em que você responde algumas perguntas sobre a sua negativa e recebe a leitura das decisões públicas do TJSP no cenário que mais se parece com o seu: rosenbaum.adv.br/verifique-plano-de-saude

Ler mais sobre o tema. A página [Advogado de plano de saúde](#) reúne os caminhos de quem teve cobertura negada, reajuste abusivo ou contrato cancelado, e a de [negativa de cobertura](#) detalha os dez tipos de recusa mais comuns. A seção de [decisões favoráveis](#) traz decisões judiciais comentadas, com material informativo de jurisprudência.

E, se você preferir conversar sobre uma situação específica, um advogado pode esclarecer quais são os seus direitos. Você pode entrar em contato com a nossa equipe pela página de [contato](#) ou pelo telefone (11) 3181-5581.

Este material é informativo e descreve decisões judiciais já proferidas e divulgadas em fontes públicas, no período e na amostra indicados. Não constitui promessa, garantia ou previsão de resultado para qualquer caso concreto. Conteúdo publicado nos termos do Provimento 205/2021 da OAB. Responsável: Léo Rosenbaum, OAB/SP 176.029. Rosenbaum Advogados — desde 2004.

Correções e direito de resposta: contato@rosenbaum.adv.br



Rosenbaum Advogados — desde 2004

www.rosenbaum.adv.br · Avenida Paulista, 2300 — São Paulo/SP — CEP 01310-300

Léo Rosenbaum, OAB/SP 176.029 · OAB/SP nº 8.692

OBSERVATÓRIO ROSENBAUM — EDIÇÃO 2026 · SÉRIE “O QUE A JUSTIÇA DECIDE”, VOLUME 1 · V1.1 · SET/2026

Notas e fontes

Data da verificação: 6 de setembro de 2026.

A. Regra aplicada aos números

Todo percentual publicado neste guia é calculado sobre a **base julgada** — o conjunto de decisões com resultado identificado, somando **procedente**, **parcial** e **improcedente**. Êxito do consumidor = **procedente** + **parcial**. Decisões sem resultado identificado ficam fora do denominador.

Foram usados **apenas os números que o Observatório de Planos de Saúde já publica no site**, na edição de agosto de 2026. Nenhum recorte novo foi calculado para este guia, e nenhum número por operadora, por medicamento, por câmara ou de verba de sucumbência foi publicado.

Página de referência, conferida ao vivo em 06/09/2026 com retorno HTTP 200:
<https://www.rosenbaum.adv.br/advogado-plano-de-saude/observatorio-planos-de-saude/>

Documento interno da edição: docs/jurimetria/atualizacao-observatorios-ago26.md e docs/jurimetria/sumario-executivo-saude.md (bloco "Atualização ago/2026").

B. Números usados, um a um

#	Número	Onde aparece	Fonte conferida
1	52.260 decisões julgadas · janela jun/2025 a ago/2026	Capa do cap. 2; cap. 2	Página 41581, cards e bloco de metodologia
2	86,5% de êxito do consumidor	Cap. 2; cap. 4.2	Página 41581, card principal
3	Funil: 71.078 coletadas → 52.619 de mérito → 52.260 julgadas	Cap. 2 (implícito na ressalva)	Página 41581, accordion "Fonte e metodologia"
4	Oncológico 96,5%	Cap. 2 (tabela); cap. 3	Página 41581, barras por tipo de negativa
5	Cancelamento 94,9% (10.252 julgadas)	Cap. 2; cap. 6	Página 41581, barras; n em atualizacao-observatorios-ago26.md §8.1
6	Home care 90,1% (1.675)	Cap. 2; cap. 4.3	Página 41581, barras; n no sumário ago/26
7	Internação 89,7% (2.102)	Cap. 2; cap. 4.3	Idem
8	Terapia ABA 89,2% (4.926)	Cap. 2; cap. 4.4	Idem
9	Procedimento cirúrgico 84,3% (6.755)	Cap. 2; cap. 4.2	Idem
10	Reembolso 82,4%	Cap. 2; FAQ 10	Página 41581, barras; §8.1 do doc de atualização (1.666 julgadas)
11	Medicamento 79,4% (8.464)	Cap. 2; cap. 4.1	Página 41581, barras e bloco de grupos de doença

#	Número	Onde aparece	Fonte conferida
12	Reajuste anual 79,3%	Cap. 2 (tabela)	Página 41581, barras por tipo de negativa
13	Rede credenciada 79,0%	Cap. 2; cap. 6	Página 41581, barras
14	Urgência documentada 96,0% × sem urgência 23,4%	Cap. 2; cap. 4.5; cap. 10	Página 41581, bloco "O fator mais decisivo"
15	Fora do rol da ANS 87,1%	Cap. 2; cap. 3	Página 41581, mesmo bloco
16	Dano moral concedido em 7.952 decisões; mediana R\$ 10 mil; p25 R\$ 5 mil; base de 5.543 com valor explícito	Cap. 2; cap. 7	Página 41581, bloco "Quanto vale o dano moral"
17	Grupos de doença em medicamento: oncologia 94,2% (1.858) · autoimunes 83,6% (929) · raras 74,4% (308) · neuro/psi 63,1% (1.164) · metabólicas 41,7% (357); cobertura de 5.543 sobre 8.458 (65,5%)	Cap. 4.1; cap. 10	Página 41581, bloco "Medicamentos de alto custo, por grupo de doença", edição de agosto de 2026
18	Reajuste: faixa etária 84,4% · anual/sinistralidade 80,1% · ambos 81,7%; base 4.383; medianas questionadas 36% / 70% / 75%	Cap. 5	Página 41581, bloco "O tema mais disputado"
19	"8 em cada 10 decisões dão razão ao consumidor, contra todas as grandes operadoras"	Cap. 2	Página 41581, bloco agregado por operadora. Nenhum nome de operadora foi reproduzido
20	Prazos de carência: 24h · 30 dias · 180 dias · 300 dias · 24 meses	Cap. 4.5; FAQ 5	Art. 12, V, Lei 9.656/98, reproduzido na página /plano-de-saude-pode-negar-internacao-por-carencia/
21	Prazos da RN 259/ANS: 3 a 21 dias úteis; imediato em urgência	Cap. 9	Página /negativa-de-cobertura-plano-de-saude/, bloco de resposta direta

Conferência independente no banco (06/09/2026)

Rodada de controle sobre `jurimetria_saude`, `sigla_tribunal='TJSP'`, base julgada, sem recorte de janela:

55.111 decisões julgadas, 86,5% de êxito (36.374 procedentes, 11.315 parciais, 7.422 improcedentes; disponibilização de 02/06/2025 a 03/09/2026).

O número é **maior** que o publicado porque o banco já recebeu duas semanas a mais de censo depois do fechamento da edição de agosto. **O guia usa o número publicado (52.260 / 86,5%)**, não o número do banco, exatamente para não criar uma terceira estatística no ar. Se a próxima edição do Observatório subir, o guia precisa ser atualizado junto.

C. Decisões citadas — todas conferidas no banco por número de processo

Todas são **decisões públicas do TJSP**, obtidas no Diário de Justiça Eletrônico Nacional. Nenhuma é apresentada como caso do escritório, e nenhuma nomeia a operadora, o paciente ou os advogados. Nomes de pessoas físicas e de advogados já vêm removidos na base.

Critério de seleção: apenas **apelações cíveis de segundo grau**, com número de processo, câmara e data de julgamento presentes, e com a **data de julgamento anterior ou igual à data de disponibilização no DJEN** — filtro aplicado de propósito porque parte dos registros da base traz data de julgamento extraída com ruído.

#	Processo	Órgão julgador	Julgado em	Tema	Onde aparece
C1	4008599-71.2025.8.26.0004	2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP	20/08/2026	Medicamento oncológico fora do rol; cinco requisitos da ADI 7.265; dano moral R\$ 7.000	Cap. 3
C2	4005700-30.2025.8.26.0577	2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP	27/08/2026	Medicamento para depressão resistente; valor da causa; dano moral R\$ 10.000 sob o Tema 1.365	Cap. 4.1
C3	4003846-37.2025.8.26.0565	2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP	27/08/2026	Home care negado a paciente tetraplégica pós-AVC; preliminar de cerceamento rejeitada	Cap. 4.3
C4	4002395-17.2025.8.26.0099	4ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP	31/08/2026	TEA e TDAH; coparticipação limitada a uma mensalidade; devolução do excesso	Cap. 4.4
C5	4004655-27.2026.8.26.0004	2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP	27/08/2026	Emergência na carência; ressarcimento de R\$ 12.600; dano moral R\$ 8.000 em grau recursal	Cap. 4.5
C6	4007106-91.2026.8.26.0564	4ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP	31/08/2026	Infarto agudo; cobertura parcial temporária afastada em emergência; dano moral R\$ 10.000	Cap. 4.5
C7	4012190-68.2025.8.26.0577	2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP	30/07/2026	Falso coletivo reconhecido; enquadramento em faixa etária mantido; provimento parcial	Cap. 5
C8	4013296-57.2025.8.26.0224	2ª Turma do Núcleo 4.0 em Segundo Grau, TJSP	13/08/2026	Exclusão tardia de dependente após 20 anos; supressão; dano moral R\$ 10.000	Cap. 6

Os resumos de cada caso foram escritos a partir da ementa e do relatório publicados, sem paráfrase de trechos protegidos e sem atribuição de autoria a nenhum escritório.

Idades não foram publicadas porque a base não traz idade dos beneficiários. Os personagens são descritos pela condição clínica ou pelo papel no contrato, nunca por dado inventado.

D. Base legal citada — origem de cada referência

Referência	Uso no guia	Onde foi conferida
ADI 7.265/STF, julgada em 18/09/2025 — rol taxativo com exceções, 5 requisitos cumulativos	Cap. 3, cap. 4.1, FAQ 4	Base de conhecimento do escritório (knowledge_base , regra transversal de saúde) e ementa do processo C1
Revogação das Súmulas 100 e 102 do TJSP em 10/09/2025	Cap. 3	Base de conhecimento do escritório; sumario-executivo-saude.md
Lei 12.880/2013 — antineoplásico oral, cobertura obrigatória	Cap. 3, FAQ 4	Base de conhecimento do escritório
Tema 990/STJ — medicamento com registro Anvisa	Cap. 3	Página /negativa-de-cobertura-plano-de-saude/ e base de conhecimento
Lei 9.656/98, art. 12, V, "c" e art. 35-C — carência de 24h em urgência	Cap. 4.5, cap. 9, FAQ 5	Ementas dos processos C5 e C6; página /plano-de-saude-pode-negar-internacao-por-carencia/
Lei 9.656/98, art. 13 — rescisão, 60 dias, notificação até o 50º dia, vedação na internação	Cap. 6, cap. 10	Base de conhecimento do escritório
Lei 9.656/98, art. 17 — descredenciamento com 30 dias e substituto equivalente	Cap. 6	Base de conhecimento do escritório
Súmula 302/STJ — limite de tempo de internação	Cap. 4.3	Página /negativa-de-cobertura-plano-de-saude/
Súmula 609/STJ — preexistência sem exame prévio	Cap. 4.5, FAQ 6	Base de conhecimento do escritório
Súmula 97/TJSP — cirurgia reparadora pós-emagrecimento	Cap. 4.2	Base de conhecimento do escritório
Tema Repetitivo 1.365/STJ — recusa indevida não gera dano moral presumido	Cap. 7, FAQ 11	Ementas dos processos C1, C2 e C5, mais quatro acórdãos de 02 e 03/09/2026 conferidos no banco
Tema 1.314/STJ — afetado, pendente; suspensão restrita a REsp e AREsp	Cap. 4.5	Ementas conferidas no banco, incluindo C5
Tema 1.047/STJ — rescisão de coletivo com menos de 30 vidas exige motivação idônea	Cap. 6	Base de conhecimento do escritório
RN 259/ANS — prazos de autorização	Cap. 9	Página /negativa-de-cobertura-plano-de-saude/
RN 565/ANS — agrupamento de contratos com menos de 30 vidas	Cap. 5	Base de conhecimento do escritório
RN 63/2003 — última faixa etária não pode passar de 6× a primeira	Cap. 5	Base de conhecimento do escritório

E. Links internos — todos conferidos com HTTP 200 em 06/09/2026

Cada URL aparece como hyperlink **uma única vez** no corpo do guia, conforme a régua de conteúdo da casa.

/advogado-plano-de-saude/ · /advogado-plano-de-saude/observatorio-planos-de-saude/ · /negativa-de-cobertura-plano-de-saude/ · /plano-de-saude-pode-negar-internacao-por-carencia/ · /medicamento-de-alto-custo/ · /medicamentos-oncologicos-plano-de-saude/ · /tratamento-nao-consta-no-rol-da-ans/ · /tratamento-

[off-label/](#) · [/home-care-plano-de-saude/](#) · [/terapia-aba-deve-receber-cobertura-pelo-plano-de-saude/](#) · [/negativa-de-cirurgia-plano-saude/](#) · [/negativa-de-cobertura-de-proteses-orteses-stents-e-valvulas/](#) · [/aumento-abusivo-de-plano-de-saude/](#) · [/falso-coletivo-plano-de-saude/](#) · [/verifique-plano-de-saude/](#) · [/decisoes-favoraveis/](#) · [/observatorios/](#) · [/padroes-editoriais/](#) · [/contato/](#)

O quiz [/verifique-plano-de-saude/](#) existe e responde 200 — foi ele que entrou no bloco final, e não a página 341 como alternativa.