



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE

ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO

**AS IMPLICAÇÕES REGULATÓRIAS SETORIAIS NO PROCESSO DE
LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE.**

Recife

2022

ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO

**AS IMPLICAÇÕES REGULATÓRIAS SETORIAIS NO PROCESSO DE
LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Direito Empresarial

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Antonieta Lynch de Moraes

Recife

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Pimenta Filho, Adenor Almeida.

AS IMPLICAÇÕES REGULATÓRIAS SETORIAIS NO PROCESSO DE
LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS
PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / Adenor Almeida Pimenta Filho. -
Recife, 2022.

68 p.

Orientador(a): Maria Antonieta Lynch de Moraes
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, Direito - Bacharelado, 2022.

1. Direito Empresarial. 2. Liquidação Extrajudicial. 3. Setor de Saúde
Suplementar. 4. Operadoras de Planos de Saúde. 5. Regulação . I. Moraes, Maria
Antonieta Lynch de. (Orientação). II. Título.

340 CDD (22.ed.)

ADENOR ALMEIDA PIMENTA FILHO

**AS IMPLICAÇÕES REGULATÓRIAS SETORIAIS NO PROCESSO DE
LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito da Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovado em: 14/10/2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Antonieta Lynch de Moraes (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Torquato Castro Junior (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Luís Felipe Monteiro Seixas (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedicado a todos aqueles que me apoiaram ao longo dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Para chegar até este momento acadêmico, contei com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

A Profa. Dra. Maria Antonieta Lynch de Moraes, que me acolheu como orientando e acompanhou a execução do projeto durante três semestres consecutivos, bem como promoveu todo auxílio necessário para a elaboração deste trabalho de conclusão de curso.

Aos professores do Curso de Direito da UFPE, que, através dos seus ensinamentos, também permitiram que eu pudesse estar concluindo o presente trabalho.

Aos meus pais, irmãos e demais familiares pelo apoio incondicional aos meus projetos de vida.

À minha companheira Andreika Asseker Amarante por sempre estar ao meu lado, independente do momento.

À minha amiga e colega de trabalho Cynthia Beltrão Curado, que sempre se pôs à disposição para auxiliar na elaboração deste trabalho, contribuindo, sobretudo, com a sua vasta experiência profissional.

Aos amigos André Francisco da Gama Guerra Curado e Milton Gilberto Batista de Oliveira, que, em conjunto com Cynthia Beltrão Curado, ajudaram-me a lograr êxito no meu processo de transferência de matrícula da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) para a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Aos amigos pelo apoio e compreensão pelas ausências e pelo afastamento temporário.

Se o corpo chamasse a alma perante a justiça, ele a convenceria facilmente de má administração.

Diógenes

RESUMO

O mercado de saúde suplementar se constitui numa parte integrante sistema de saúde brasileiro, sendo composto pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, pelos prestadores de serviços assistenciais e pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Segundo dados oficiais, referentes a dezembro de 2021, este mercado alcança 78,2 milhões de pessoas, congrega 900 operadoras médico-hospitalares e 271 operadoras exclusivamente odontológicas em atividade, e movimentou, ao longo do ano de 2021, receitas na ordem de 245 bilhões de Reais, o que demonstra o tamanho e a relevância desse setor, seja para a assistência à saúde seja para a economia do Brasil. Todavia, embora apresente um caráter eminentemente privado, o legislador optou por regular este setor da economia, uma vez que se trata de um mercado que lida com a assistência à saúde, a qual se constitui num direito fundamental social, amplamente resguardado pela CRFB/1988. Assim, a regulação setorial surgiu através do advento da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, “lei dos planos de saúde”, e, posteriormente de forma mais incisiva, por meio da criação Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a qual foi dotada de princípios, diretrizes e competências específicas, como forma de atenuar os impactos da lógica mercantil na assistência à saúde suplementar. Dentre as suas competências legais, destaca-se a prerrogativa para intervir nas operadoras de planos privados de assistência à saúde, nas ocasiões em que forem detectadas insuficiências das garantias de equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, que possam colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários, podendo determinar, inclusive, a liquidação extrajudicial. Contudo, dada as especificidades do setor regulado, a liquidação extrajudicial conduzida pela ANS possui rito próprio, restando subsidiária a aplicação dos preceitos elencados na “lei de falências”, na “lei de liquidação extrajudicial de instituições financeiras” e demais legislações pertinentes. Associado a isso, tem-se o fato das entidades reguladas serem constituídas de diversas formas e, por conseguinte, haver a possibilidade de diferentes desfechos ao procedimento liquidatário. Para além, as recentes alterações promovidas na “lei de falências” têm o potencial de impactar no desenlace do processo de liquidação extrajudicial das cooperativas médicas. Como resultado, tem-se um processo com características peculiares, que dispõe de escassa literatura científica voltada a esclarecer os fundamentos jurídicos aplicáveis. Desta forma, considerando a relevância do mercado de saúde suplementar; as especificidades deste setor; e a carência de literatura científica nesta área; o presente estudo tem como proposta discorrer sobre as implicações da regulação setorial do mercado de saúde suplementar no processo de liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde, como forma de contribuir para a divulgação e consolidação das bases jurídicas deste procedimento administrativo aos operadores do Direito.

Palavras Chaves: operadoras de planos de saúde; liquidação extrajudicial; saúde suplementar; regulação.

ABSTRACT

The supplementary health market is a part of the Brazilian health system, comprising operators of health insurances, providers of care services and beneficiaries of health insurance. According to official data, referring to December 2021, this market reaches 78.2 million people, brings together 900 medical-hospital operators and 271 exclusively dental operators in activity, and generated revenues in the order of 245 billion of Reais throughout 2021, which demonstrates the size and relevance of this sector, whether for health care or for the economy of Brazil. However, although it has an eminently private character, the legislator chose to regulate this sector of the economy, since it is a market that deals with health care, which constitutes a fundamental right, widely protected by CRFB/1988. Thus, sectoral regulation emerged through the advent of Law N° 9.961, of January 28, 2000, "health insurance Law", which was endowed with principles, guidelines, and specific competences, as a way of mitigating the impacts of commercial logic on supplementary health care. Among its legal competences, the prerogative to intervene in the operators of private health care plans stands out, on occasions when insufficiencies are detected in the guarantees of financial balance, serious economic-financial or administrative abnormalities, which may jeopardize the continuity or quality of health care for beneficiaries and may even determine extrajudicial liquidation. However, given the specificities of the regulated sector, the extrajudicial liquidation conducted by ANS has its own rite, leaving the application of the precepts listed in the "Bankruptcy Law", in the "Law of Extrajudicial Liquidation of Financial Institutions" and other relevant legislation. Associated with this is the fact that regulated entities are constituted in different ways and, therefore, there is the possibility of different outcomes to the liquidation procedure. Furthermore, the recent changes promoted in the "Bankruptcy Law" have the potential to impact the outcome of the extrajudicial liquidation process of medical cooperatives. Consequently, there is a process with peculiar characteristics, which has little scientific literature aimed at clarifying the applicable legal grounds. Thus, considering the relevance of the supplementary health market; the specifics of this sector; and the lack of scientific literature in this area; the present study proposes to discuss the implications of sectoral regulation of the supplementary health market in the extrajudicial liquidation process of private operators of health insurances, as a way of contributing to the dissemination and consolidation of the legal bases of this administrative procedure to operators of Law.

Keywords: Operators of health insurances; extrajudicial liquidation; supplementary health; regulation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AglInt Agravo interno
ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
AREsp Agravo no Recurso Especial
CAP Caixas de Aposentadorias e Pensões
CC/2002 Código Civil de 2002
CPC/1973 Código de Processo Civil Brasileiro de 1973
CPC/2015 Código de Processo Civil Brasileiro de 2015
CGE-III Cargo em comissão de Gerência Executiva nível III
COINQ Coordenadoria de Inquéritos
CRFB/1988 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CVM Comissão de Valores Mobiliários
DICOL Diretoria Colegiada
DIDES Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS Diretoria de Fiscalização
DIGES Diretoria de Gestão
DIOPE Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIOPS Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde
DIPRO Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DOU Diário Oficial da União
GERER Gerência de Regimes de Resolução
NTAEF Nota Técnica de Acompanhamento Econômico-Financeiro
PAEF Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira
PLAEF Plano de Adequação Econômico-Financeira
RN Resolução Normativa
RO Resolução Operacional
RR Resolução Regimental
STJ Superior Tribunal de Justiça
SUS Sistema Único de Saúde
TAOEF Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras
TJAM Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas
TJPB Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
TJRJ Tribunal de Justiça do Estado Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 Introdução.....	11
2. O mercado de saúde suplementar brasileiro, a regulação e o ente regulador setorial.	15
2.1 Uma visão geral do mercado de saúde suplementar brasileiro.	15
2.2 A regulação do mercado de saúde suplementar.	17
2.3 A Agência Nacional de Saúde Suplementar e o seu papel na regulação setorial.	21
3 As intervenções regulatórias nas operadoras de planos privados de assistência à saúde.	27
3.1 O acompanhamento dos índices econômico-financeiros das operadoras de planos privados de assistência à saúde.	27
3.2 O regime especial de direção fiscal nas operadoras de planos privados de assistência à saúde.	32
3.3 O processo de liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde.	37
3.4 A convolação da liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde em falência ou em insolvência civil.	49
3.5 A apuração de responsabilidade dos administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde.	52
4 A controvérsia pós-reforma da “lei de falências”, sobre a possibilidade das cooperativas médicas, classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde, requererem a recuperação judicial.	56
5 Conclusão.....	60
REFERÊNCIAS.....	62

1 Introdução

O mercado de saúde suplementar se constitui numa parte integrante do subsistema privado de assistência à saúde do Brasil, sendo composto pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, pelos prestadores de serviços assistenciais e pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde; o qual, associado ao subsetor liberal clássico da saúde, também de cunho privado; e ao Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universalista; constituem o sistema de saúde brasileiro (PIETROBON *et al*, 2008).

Segundo dados oficiais, referentes a dezembro de 2021, o mercado de saúde suplementar brasileiro alcança 78,2 milhões de beneficiários, o que equivale a, aproximadamente, 37% da população nacional; congrega 900 operadoras médico-hospitalares e 271 operadoras exclusivamente odontológicas em atividade; e movimentou, ao longo do ano de 2021, receitas na ordem de 245 bilhões de Reais. O que demonstra o tamanho e a relevância desse mercado, seja para a assistência à saúde seja para a economia do Brasil (REIS *et al*, 2021; BRASIL, 2022a).

À vista de tudo isso, embora apresente um caráter eminentemente privado, o legislador optou por regular este setor da economia. Pois, mais do que economicamente relevante, trata-se de um mercado que lida com a assistência à saúde, a qual, além de um bem meritório¹, consiste num direito fundamental social² e de cidadania, amplamente resguardado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988) (BRASIL, 1988; NOGUEIRA, 2002; FARIAS; MELAMED, 2003).

¹A história de estruturação dos estados de bem-estar social foi em grande parte alicerçada com base na necessidade de provisão, por parte dos governos, de serviços de educação, saúde, assistência social e outros, a maior parte deles, podendo enquadrar-se na categoria de bens meritórios.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro: n. 8 (2), 2003, p. 586.

²Art. 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.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

Assim, o início da regulação setorial se deu através do advento da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998, a “lei dos planos de saúde”, também conhecida como “marco regulatório do mercado de saúde suplementar”, que introduziu uma normatização geral sobre como as operadoras de planos privados de assistência à saúde deveriam atuar no mercado e, posteriormente, de forma mais incisiva, por meio da criação de uma agência reguladora setorial - a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a qual foi dotada de princípios, diretrizes e competências específicas, como forma de atenuar os impactos da lógica mercantil na assistência à saúde suplementar (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000b; NOGUEIRA, 2002; MALTA *et al*, 2004; PIETROBON *et al*, 2008).

Neste diapasão, dentre as competências legais conferidas à ANS³, destaca-se a prerrogativa para intervir nas operadoras de planos privados de assistência à saúde, nas ocasiões em que forem detectadas insuficiências das garantias de equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, que possam colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários, podendo determinar, inclusive, a liquidação extrajudicial (BRASIL, 1998; CUNHA, 2003; TOMAZETTE, 2021).

Por seu turno, tem-se a liquidação extrajudicial como uma espécie de sucedâneo administrativo da falência, pela qual se extingue uma empresa, cujo processo pode ser desencadeado a requerimento dos próprios dirigentes, no caso do respectivo estatuto social conferir-lhes tal prerrogativa, ou, no seu silêncio, por decisão da assembleia geral extraordinária, bem como pelo interventor; ou, de ofício, pelo Estado (liquidação coacta administrativa ou liquidação forçada), seja pela ocorrência de grave desequilíbrio econômico-financeiro seja diante de indícios de insolvência, ou, ainda, quando da cassação da autorização para o seu funcionamento (REQUIÃO, 1995; SANTANA; PINTO, 2002).

Diz-se sucedâneo, pois, enquanto a falência e a recuperação judicial são institutos aplicáveis aos empresários e as sociedades empresariais em geral, no âmbito do Poder Judiciário; a liquidação extrajudicial se destina às empresas, cujo

³Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. BRASIL, Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

insucesso econômico e financeiro tem o potencial de gerar grandes impactos à sociedade e, por conta disso, há um interesse público emergente, o qual atrai a atuação direta da Administração Pública (CHAGAS, 2018; TOMAZETTE, 2021).

Outrossim, cabe salientar que, por força da própria “lei de falências” – Lei n° 11.101, de 09 de fevereiro de 2005 - que regula a recuperação judicial, extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária, as operadoras de planos privados de assistência à saúde estão excluídas do processo falimentar⁴ (BRASIL, 2005).

Ademais, o *caput* do art. 23, da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998⁵, determina que as operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão somente ao regime de liquidação extrajudicial (BRASIL, 1998).

Apesar disso, este mesmo dispositivo, autoriza o liquidante extrajudicial requerer a falência ou a insolvência civil da liquidanda, quando verificadas uma das seguintes hipóteses: o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários; o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou nas hipóteses de fundados indícios de condutas tipificadas como

⁴Art. 2º Esta Lei não se aplica a:

I – empresa pública e sociedade de economia mista;

II – instituição financeira pública ou privada, cooperativa de crédito, consórcio, entidade de previdência complementar, sociedade operadora de plano de assistência à saúde, sociedade seguradora, sociedade de capitalização e outras entidades legalmente equiparadas às anteriores. (...) BRASIL, Lei n° 11.101, de 9 de fevereiro de 2005. Regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Edição Extra, Brasília, DF, p. 01, 09 fev. 2005.

⁵Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial;

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945. (...)

BRASIL, Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

crime falimentar, conforme o art.168 e seguintes, da Lei n ° 11.101, de 09 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 1998; CUNHA, 2003; MAMEDE, 2020).

Para mais, cabe salientar que, embora se submetam ao regime de liquidação extrajudicial, as operadoras de planos privados de assistência à saúde possuem um rito próprio para condução deste procedimento, cujo disciplinamento decorre da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998, e da Resolução Normativa (RN) n° 522, de 29 de abril de 2022, restando subsidiária⁶ a aplicação dos preceitos elencados na Lei 6.024, de 13 de março de 1974, que dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de intuições financeiras; na Lei 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, que regula a recuperação judicial, extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária; no Decreto-Lei n° 41, de 18 de novembro de 1966, que dispõe sobre a dissolução de sociedades civis de fins assistenciais; e no Decreto-Lei n° 73, de 21 de novembro de 1966, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências (BRASIL, 1998; CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018; MAMEDE, 2020; BRASIL, 2022c).

Por conta dessas peculiaridades, resta evidente que o processo de liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde é um procedimento *sui generis*, uma vez que a “lei dos planos de saúde” lhe conferiu regramento especial, atribuindo, inclusive, a competência para ANS normatizar os seus aspectos procedimentais no âmbito infralegal.

Em consequência disso, a condução do processo de liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde ainda se constitui num desafio para juristas e até mesmo para magistrados, dada a pluralidade de leis e normas infralegais que o lastreia.

Para além, por se tratar de um nicho de trabalho deveras específico, não se vislumbram muitos trabalhos científicos ou uma literatura especializada robusta, que venham ao socorro dos operadores do Direito. O que confere um importante grau de relevância à trabalhos com este, que se propõem a aclarar o processamento de liquidações extrajudiciais na esfera do setor da saúde suplementar.

⁶Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei no 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei no 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei no 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei no 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS. (...)

BRASIL, Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo discorrer sobre as implicações da regulação setorial do mercado de saúde suplementar no processo de liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde, com forma de contribuir para a divulgação e consolidação das bases jurídicas deste procedimento administrativo, o qual tem grande relevância para a sociedade, pois, ao fim e ao cabo, também tem o condão de repercutir na organização do sistema de saúde brasileiro, na medida em que retira do mercado, as entidades que não têm condições econômico-financeiras mínimas, para continuar operando nesse segmento tão sensível da economia.

2. O mercado de saúde suplementar brasileiro, a regulação e o ente regulador setorial.

2.1 Uma visão geral do mercado de saúde suplementar brasileiro.

O “embrião” do setor de saúde suplementar remonta a década de 1920, quando foram criadas, pela Lei Eloy Chaves (1923)⁷, as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), as quais, além de garantir o pagamento de aposentadorias e pensões, também se destinava a fornecer medicamentos e assistência à saúde para os trabalhadores filiados (BRASIL, 1923; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; BRAGANÇA *et al*, 2019).

Entretanto, foi nos anos 50, durante a expansão industrial no Brasil, evidenciada, sobretudo, na região do ABC Paulista, que surgiram as “medicinas de grupo”, consideradas as primeiras operadoras de planos privados de assistência à saúde, com finalidade de oferecer cobertura assistencial aos empregados das empresas multinacionais. Posteriormente, foram criadas as cooperativas médicas, que passaram a atuar nesse mercado a partir de 1967, justamente em resposta ao surgimento desses grupos médicos, enquanto os seguros saúde se popularizaram a partir da década de 80 (PEREIRA FILHO, 1999; CARVALHO; CECÍLIO, 2007; PIETROBON *et al*, 2008; BRAGANÇA *et al*, 2019).

⁷BRASIL. Decreto n° 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 13 abr. 1923, p. 10.859.

Nos anos 90, houve um aumento significativo na demanda por planos privados de assistência à saúde, especialmente pelas famílias da classe média, que buscavam assistência fora do sistema público de saúde, o qual, apesar de ter se tornado universalista por força da CRFB/1988, não conseguia garantir amplo acesso aos serviços médicos almejados, devido, principalmente, ao baixo financiamento governamental e aos graves problemas de governança (KILSZTAJN *et al*, 2002).

Neste contexto, os planos privados de assistência à saúde demonstraram ser uma opção viável, frente aos elevados custos dos serviços assistenciais privados, que se constituíam numa barreira para o acesso da classe média (SILVEIRA *et al*, 2002).

Isto porque, as operadoras, quando comercializam planos privados de assistência à saúde⁸, atuam no mercado setorial na qualidade de terceiro-pagador, intermediando o financiamento do acesso aos serviços privados de saúde, com o fito de proteger os beneficiários e as suas respectivas famílias dos riscos associados ao custo de adoecer. O que confere certa previsibilidade financeira ao contratante, na medida em que este não figura como responsável direto pelo custeio integral da cobertura assistencial utilizada (OCKÉ-REIS *et al*, 2006).

Isso é possível graças a adoção do mutualismo como base técnica de financiamento para planos e seguros de saúde, que permite a formação de um fundo monetário, composto pelas mensalidades pagas por todos os beneficiários, de onde provirão os recursos financeiros necessários ao pagamento das despesas médicas, nos limites e na forma disposta em contrato bem como na legislação setorial vigente, daqueles indivíduos que, eventualmente, se utilizem das coberturas assistenciais (CARLINI, 2016; CECHIN, 2021).

⁸Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (...)

BRASIL, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

Assim, viabilizou-se o acesso aos serviços privados de saúde para as famílias da classe média, as quais, embora avessas ao SUS, não conseguiriam financiar a assistência à saúde privada com recursos próprios. O que favoreceu o crescimento vertiginoso desse setor nos últimos anos (SILVEIRA *et al*, 2002; MALTA, 2017).

Atualmente, o mercado de saúde suplementar se constitui numa parte integrante do subsistema privado de assistência à saúde do Brasil, sendo composto pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, pessoas jurídicas que podem ser constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, destinadas a operar planos privados de assistência à saúde; pelos prestadores de serviços assistenciais; e pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde; o qual, associado ao subsetor liberal clássico da saúde, também de cunho privado; e ao Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universalista; constituem o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1998; PIETROBON *et al*, 2008; CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018).

Segundo dados oficiais, referentes a dezembro de 2021, o mercado de saúde suplementar brasileiro promove a cobertura de 78,2 milhões de beneficiários, o que equivale a, aproximadamente, 37% da população nacional; congrega 900 operadoras médico-hospitalares e 271 operadoras exclusivamente odontológicas em atividade; e movimentou, ao longo do ano de 2021, receitas na ordem de 245 bilhões de Reais (REIS *et al*, 2021; BRASIL, 2022a).

2.2 A regulação do mercado de saúde suplementar.

A regulação se constitui num conjunto de regras de conduta e de controle, voltadas para o disciplinamento de atividades econômicas, sejam elas públicas, privadas ou atividades sociais não exclusivas do Estado, com a finalidade de estabelecer o funcionamento equilibrado do mercado e de proteger o interesse público (DI PIETRO, 2019).

Trata-se da opção do Estado pela intervenção indireta no mercado, pela qual se revela a concepção, que se elegeu como sendo a solução política mais adequada para alcançar os fins desejados. Ou seja, o Estado, enquanto regulador, concentra seus esforços em produzir um conjunto de normas e decisões, que influenciarão no

funcionamento das instituições estatais e não estatais, orientando-as na direção de objetivos previamente determinados (JUSTEN FILHO, 2016).

O que a faz diferir da “regulamentação”, uma vez que esta corresponde ao desempenho de função normativa infraordenada, pela qual se detalham as condições de aplicação de uma norma de cunho abstrato e geral, e que compete, privativamente, ao Presidente da República, tal como dispõe o art. 84, inciso IV, da CRFB/1988; enquanto aquela consiste num conjunto de providências, por meio das quais o Estado busca disciplinar a atuação da iniciativa privada em atividades de interesse coletivo. Logo, pode-se inferir que o conceito de “regulação” é mais amplo e qualitativamente distinto, quando comparado com a definição de “regulamentação”. Mas, eventualmente, a regulação pode se traduzir em atos de regulamentação (JUSTEN FILHO, 2016).

No âmbito da regulação, as agências reguladoras exercem o poder normativo⁹ nos limites conferidos pela lei instituidora do ente regulador, cuja materialização se dá através da produção de normas, as quais podem ter apenas efeitos internos às próprias agências; possuem natureza de atos normativos de efeitos concretos, versando sobre a matéria setorial e destinada aos atores do mercado regulado; ou, ainda, ter por objetivo explicitar ou interpretar conceitos jurídicos indeterminados contidos em lei, especialmente, quando se tratar de conceitos técnicos. Porém, tais atos normativos não podem conflitar com as normas constitucionais ou legais, por força do princípio da legalidade (DI PIETRO, 2018; DI PIETRO, 2019).

Neste diapasão, entende-se que o propósito da regulação é atenuar potenciais falhas de mercado, que podem se manifestar, por exemplo, através da seleção adversa, do risco moral, da assimetria de informação¹⁰, concentração de mercado e das externalidades negativas, que são provenientes das relações

⁹O poder normativo se traduz no poder conferido à Administração Pública de expedir normas gerais, ou seja, atos administrativos gerais e abstratos com efeitos erga omnes. Não se trata de poder para a edição de leis, mas apenas um mecanismo para a edição de normas complementares à lei. CARVALHO, M. **Manual de Direito Administrativo**. 9ª ed. São Paulo: Juspodivm, 2021, p. 131.

¹⁰A assimetria de informação também permite o surgimento do risco moral e da seleção adversa. O risco moral ocorre quando as ações das partes do contrato não são diretamente observáveis e não podem ser objeto de negociação e não podem ser incorporadas ao contrato, portanto, é um problema de ação oculta. A seleção adversa se refere à situação na qual um lado do mercado não pode observar a qualidade ou tipo dos bens no outro lado do mercado. Aqui o problema é o tipo oculto. Um exemplo de um mercado com tais características é o mercado de seguros de saúde, no qual o segurador não sabe qual a conduta do segurado ou suas condições de saúde.

CAMPOS, H. A. Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. **Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização**. Brasília: v. 5, n. 2, 2008, p. 287.

econômicas entre os agentes. Com isso, busca-se assegurar a competitividade entre os atores, a universalização dos serviços e a promoção dos interesses dos usuários, além de contribuir para aumentar a eficiência do mercado regulado (CAMPOS, 2008; SALVATORI; VENTURA, 2012; NUNES *et al*, 2018).

No caso do mercado de saúde suplementar, o fundamento para regulação do setor provém da própria CRFB/1988¹¹, que classificou os serviços de saúde com de relevância pública, e conferiu ao Estado a competência para regulamentar, fiscalizar e controlar a execução desses serviços, sejam eles ofertados por pessoas jurídicas de direito público sejam por pessoas jurídicas de direito privado (BRASIL, 1988).

Todavia, entre a promulgação do texto constitucional e o início da regulação setorial decorreram trinta anos, durante os quais, conviveu-se com diversos problemas relativos à contratação de planos privados de assistência à saúde. O que gerou inúmeros conflitos entre operadoras de planos privados de assistência à saúde, prestadores de serviços assistenciais e beneficiários (PIETROBON *et al*, 2008; SALVATORI; VENTURA, 2012).

Tais problemas ocorriam porque, anteriormente ao advento do marco regulatório e do órgão regulador, o setor se baseava em pressupostos securitários, que envolviam técnicas para controle da sinistralidade e diminuição dos custos operacionais. Por isso, era comum a imposição de condições contratuais desfavoráveis aos consumidores, que, frequentemente, limitavam o acesso dos pacientes a certos procedimentos, tratamentos, estabelecimentos e profissionais de saúde. O que também não se mostrava compatível com a proposta de construção de um sistema de saúde suplementar capaz de promover uma assistência integral à saúde dos beneficiários, condizente com os valores basilares da Constituição Cidadã, sobretudo, no que tange a proteção da dignidade da pessoa humana (GIOVANELLA, 2002; SALVATORI; VENTURA, 2012; GREGORI, 2021).

Assim, a partir do momento em que se observou um aumento expressivo nas reclamações dos beneficiários, que versavam, especialmente, sobre as exclusões e limitações de cobertura para certos procedimentos médicos e acerca dos reajustes abusivos nas contraprestações pecuniárias; associado aos crescentes embates

¹¹Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, de 05 de outubro de 1988.

envolvendo médicos, usuários e operadoras de planos privados de assistência à saúde, que tinham como pontos de divergência a autonomia da conduta médica, a liberdade de escolha do paciente e a remuneração do profissional assistente; a agenda regulatória setorial ganhou visibilidade no cenário da política nacional (CARVALHO; CECÍLIO, 2007; SALVATORI; VENTURA, 2012).

Por conseguinte, o legislador viu-se obrigado a regular o mercado de saúde suplementar, tanto pela sua relevância para o sistema de saúde brasileiro quanto pelo fato de se tratar de um mercado que lida com a assistência à saúde, que, além de um bem meritório, consiste num direito fundamental social e de cidadania, amplamente resguardado pela CRFB/1988, ainda que esteja inserido num setor privado da economia nacional (BRASIL, 1988; NOGUEIRA, 2002; FARIAS; MELAMED, 2003).

Com isso, o início da regulação setorial se deu através do advento da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, a “lei dos planos de saúde”, também conhecido como “marco regulatório do mercado de saúde suplementar”, que introduziu uma normatização geral, sobre como as operadoras de planos privados de assistência à saúde deveriam atuar no mercado; e, posteriormente, de forma mais incisiva, por meio da criação de uma agência reguladora setorial - a ANS, instituída pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a qual foi dotada de princípios, diretrizes e competências peculiares, com intuito de atenuar os impactos da lógica mercantil na assistência à saúde suplementar (NOGUEIRA, 2002; MALTA *et al*, 2004; PIETROBON *et al*, 2008).

Ademais, a fim de alcançar os seus propósitos legais e constitucionais, a regulação setorial estabeleceu algumas diretrizes básicas, no intuito de abalzar a atuação do órgão regulador, quais sejam: promover a garantia de cobertura assistencial integral aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e regular os mecanismos de acesso aos serviços assistenciais; definir e controlar as condições para ingresso, operação e saída das operadoras e entidades, que atuem no setor; definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras, visando a continuidade da prestação dos serviços de saúde; estabelecer mecanismos de controle de preços abusivos das contraprestações pecuniárias pagas pelos beneficiários; definir um sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar; garantir a integração do setor de saúde suplementar com o SUS; e promover o ressarcimento dos gastos dos beneficiários

de planos privados de assistência à saúde no sistema público (BRASIL, 2000b; PINTO; SONRAZ, 2004; PIETROBON *et al*, 2008).

Cabe ressaltar ainda, que as inovações introduzidas pelo “marco regulatório do mercado de saúde suplementar” não se resumiram ao estabelecimento das premissas supracitadas. Visto que, adicionalmente a isso, outros avanços também vieram na esteira da regulação setorial, tais como: a ênfase que a regulação conferiu às ações de promoção à saúde e a prevenção de doenças; a priorização da utilização de sistemas de informação, para melhor monitoramento do setor regulado; e a exigência de contratos de planos privados de assistência à saúde mais transparentes (SALVATORI; VENTURA, 2012).

2.3 A Agência Nacional de Saúde Suplementar e o seu papel na regulação setorial.

A ANS consiste numa agência reguladora, que foi criada pela Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma de autarquia federal sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, com prazo de duração indeterminado, para atuar em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relacionadas ao mercado de saúde suplementar (BRASIL, 2000b).

No que tange ao regime autárquico especial, frisa-se que são as próprias leis instituidoras das entidades especiais, que trazem a expressa previsão desse regime diferenciado, o qual, geralmente, lhes conferem uma maior autonomia para atuação em relação à Administração Direta; estabilidade de seus dirigentes, garantida pelo exercício de mandatos fixos, que somente poderão perder nas hipóteses legalmente previstas, sendo também afastada a possibilidade de exoneração *ad nutum*; e o caráter terminativo das suas decisões, que não são passíveis de apreciação por outros órgãos ou entidades da Administração Pública (DI PIETRO, 2018; DI PIETRO, 2019).

No caso da ANS, o art. 1º, parágrafo único, da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000¹², elenca as prerrogativas que caracterizam a sua natureza de autarquia

¹²Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação,

especial, a saber: a autonomia administrativa, financeira, patrimonial e da gestão de recursos humanos; a independência das suas decisões técnicas; e o mandato fixo dos seus dirigentes de até 05 (cinco) anos, sendo vedada a recondução¹³ (BRASIL, 2000b).

Em complementação a isso, a Lei n° 9.986, de 18 de julho de 2000, que dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências, estabeleceu que os mandatos deverão ser não coincidentes, de modo que, sempre que possível, a cada ano, ocorra o término de um mandato e uma consequente nova indicação¹⁴ (BRASIL, 2000c).

Ademais, cabe ressaltar que, embora esteja vinculada ao Ministério da Saúde, não há relação hierárquica entre este e a ANS. Tal vinculação se destina apenas a realização do controle finalístico, o qual se restringe a vigilância, orientação e eventual correção, que a administração direta exerce sobre os atos e condutas dos dirigentes da autarquia, nos limites estipulados pela própria lei instituidora, como forma de garantir que a entidade não se desvie dos seus objetivos

normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

BRASIL. Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Diário Oficial da União, Seção 1, edição extra, Brasília, DF, p. 05, 29 jan. 2000.

¹³O período de mandato dos dirigentes da ANS passou de 03 (três) anos para 05 (cinco) anos, em virtude da alteração no art. 6°, da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, realizada pela Lei n° 13.848, de 25 de junho de 2019, que também vedou a possibilidade de recondução, passando a ter a seguinte redação:

Art. 6° A gestão da ANS será exercida por Diretoria Colegiada composta de 5 (cinco) Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.

Parágrafo único. Os membros da Diretoria Colegiada serão brasileiros, indicados pelo Presidente da República e por ele nomeados, após aprovação prévia pelo Senado Federal, nos termos da alínea “f” do inciso III do art. 52 da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de 5 (cinco) anos, vedada a recondução, nos termos da Lei n° 9.986, de 18 de julho de 2000.

BRASIL, Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, edição extra, Brasília, DF, p. 05, 29 jan. 2000.

¹⁴Art. 4° As agências terão como órgão máximo o Conselho Diretor ou a Diretoria Colegiada, que será composto de até 4 (quatro) Conselheiros ou Diretores e 1 (um) Presidente, Diretor-Presidente ou Diretor-Geral.

§ 1° Os mandatos dos membros do Conselho Diretor ou da Diretoria Colegiada serão não coincidentes, de modo que, sempre que possível, a cada ano, ocorra o término de um mandato e uma consequente nova indicação. (...)

BRASIL, Lei n° 9.986, de 18 de julho de 2000. Dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 6, 19 jul. 2000b.

precípuos, de maneira resguardar à supremacia do interesse público (MEIRELLES, 2016; DI PIETRO, 2018).

Inclusive, para que não haja supressão da autonomia administrativa da agência reguladora, o serviço autárquico poderá se opor contra as tentativas de interferência da Administração Pública centralizada nas suas funções, a fim de fazer valer as suas prerrogativas legais (MEIRELLES, 2016; DI PIETRO, 2018).

Todas essas garantias visam afastar as potenciais ingerências políticas, que poderiam vir a influenciar as decisões exaradas pelas agências reguladoras, as quais devem ser embasadas por critérios preponderantemente técnicos, em função da especialidade da matéria que lhe foi conferida pela lei instituidora¹⁵ (DI PIETRO, 2018).

Com relação à atuação do órgão regulador, diferentemente daquilo que se observa em outros setores regulados da economia, no mercado de saúde suplementar a agência reguladora não promove concessão, permissão ou autorização de serviços públicos. Porém, atua no exercício do poder de polícia¹⁶, através das atribuições que são inerentes a esse tipo de poder da Administração Pública, tais como: normatização das atividades, fiscalização do cumprimento das normas e aplicação de sanções aos transgressores, nos limites legalmente previstos (DI PIETRO, 2018).

Para tanto, a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, além de promover a criação da ANS e conferir as bases para a sua organização estrutural, também lhe atribuiu as competências necessárias para a regulamentação setorial, que estão enumeradas no art. 4º, incisos I ao XLII, deste mesmo dispositivo. Tais competências abarcam desde a normatização das coberturas assistenciais mínimas a serem garantidas pelos planos de saúde, elencadas no rol de procedimentos da

¹⁵ *Agência reguladora, em sentido amplo, seria, no direito brasileiro, qualquer órgão da Administração Direta ou entidade da Administração Indireta com função de regular a matéria específica que lhe está afeta. Se for entidade da Administração Indireta, ela está sujeita ao princípio da especialidade (...) significando que da qual exerce e é especializada na matéria que lhe foi atribuída por lei.* DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 31º ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 650.

¹⁶ *Poder de polícia é a faculdade de que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e o gozo de bens, atividades e direitos individuais, em benefício do próprio Estado ou da coletividade.* MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 42º edição. São Paulo: Malheiros, 2016, p. 152.

ANS¹⁷, e outras questões relacionadas ao acesso dos serviços de saúde; perpassando pela promoção da articulação entre operadores e prestadores de serviços assistenciais, além da responsabilidade pelo processamento do ressarcimento ao SUS¹⁸; pela fiscalização do setor e do atendimento aos beneficiários; até a prerrogativa de intervir nas operadoras de planos privados de assistência à saúde, nas ocasiões em que forem detectadas insuficiências das garantias de equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, que possam colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários, podendo determinar, inclusive, a liquidação extrajudicial (BRASIL, 2000b; CUNHA, 2003).

Por seu turno, a Resolução Regimental (RR) nº 21, de 26 de janeiro de 2022, que dispõe sobre o regimento interno da ANS, traz a designação das cinco diretorias que compõem a Agência, além da repartição das suas respectivas competências legais, as quais se enumeram, sumariamente, da seguinte forma: Diretoria de Gestão (DIGES), concentra as atividades relacionadas à gestão administrativa da Agência; Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), normatiza a assistência à saúde, registra os produtos (planos privados de assistência à saúde), a serem comercializados no mercado de saúde suplementar, e atualiza periodicamente o rol de procedimentos da ANS; Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), promove a articulação entre operadores e prestadores de serviços assistenciais, faz a gestão da informação que circula no mercado de saúde suplementar e responde pelo processamento do ressarcimento ao SUS; Diretoria de Fiscalização (DIFIS), incumbe-se de fiscalizar o setor regulado, promove a

¹⁷O rol de procedimentos da ANS consiste numa resolução normativa exarada pela ANS, na qual consta uma lista de procedimentos e eventos em saúde, que correspondem as coberturas assistenciais mínimas e obrigatórias, conforme o tipo de segmentação do plano de saúde contratado (ambulatorial, ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial hospitalar com obstetrícia, odontológica ou referência), que, ao ser dada a devida publicidade, confere aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, o direito de acesso aos procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde. Via de regra, esta resolução é atualizada a cada seis meses, como forma de mantê-la atualizada com os avanços científicos no campo da saúde. No momento, encontra-se vigente a RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021 (BRASIL, 1998; BRASIL, 2021; GREGORI, 2021; OLIVEIRA, 2021).

¹⁸*O objetivo do ressarcimento é restituir os gastos realizados pela rede pública com o tratamento de pessoas filiadas à planos privados de assistência à saúde, sempre que o tratamento for coberto pelo contrato do plano de saúde. Os serviços de assistência à saúde prestados pelo SUS a usuários de operadoras de planos de saúde que não constem do contrato correspondente, portanto, não são objeto do ressarcimento.*

MAZZA, F. F. Aspectos inconstitucionais do ressarcimento ao SUS. **Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia**, v. 38, n.2, 2010, p. 461-462.

articulação da Agência com os órgão de defesa ao consumidor e atende aos beneficiários planos privados de assistência à saúde, seja para prestar orientações seja para registrar denúncias; e a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), responsável pela normatização, registro e acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, além da condução de eventual processo de liquidação extrajudicial. Em conjunto, as referidas diretorias formam o órgão máximo de direção e deliberação da ANS, a Diretoria Colegiada – DICOL¹⁹ (BRASIL, 2000a; SALVATORI; VENTURA, 2012; BRASIL, 2022f).

Dentre as competências supracitadas, destaca-se a prerrogativa da ANS para intervir nas operadoras de planos privados de assistência à saúde, nas ocasiões em que forem detectadas insuficiências das garantias de equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, que possam colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários, podendo determinar, inclusive, a liquidação extrajudicial (BRASIL, 1998; CUNHA, 2003).

Isto porque, o objetivo principal de tais intervenções regulatórias é garantir aos beneficiários a continuidade da prestação da assistência à saúde, uma vez que esta encontra-se diretamente relacionada à situação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, em especial no que diz respeito à solvência dessas instituições (SOARES, 2006).

À vista disso, compete à ANS promover o acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde; instituir o regime de direção fiscal; e proceder com a liquidação extrajudicial, podendo autorizar, inclusive, que o liquidante extrajudicial requeira a falência ou insolvência civil das liquidandas, tal como dispõe o art. 4º, incisos XVIII, XXIII e XXIV, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000²⁰ (BRASIL, 2000b).

¹⁹Art. 5º A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, composta por cinco Diretores, sendo um dos quais o seu Diretor-Presidente.

(...)

Art. 9º Compete à Diretoria Colegiada, a responsabilidade de analisar, discutir e decidir, em última instância administrativa, sobre matérias de competência da autarquia (...)

BRASIL. Decreto nº 3.327, de 05 de janeiro de 2000. Aprova o regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 4º ed., Brasília, DF, p. 2, 06 jan. 2000a.

²⁰Art. 4º Compete à ANS:

(...)

Adicionalmente, o art. 4º, inciso XLI, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000²¹, atribuiu à agência reguladora setorial, a competência para fixar normas infralegais, para disciplinar o regime de direção fiscal; o processo de liquidação extrajudicial; e o procedimento de recuperação financeira dessas operadoras (BRASIL, 2000b).

O que se concretizou através da edição da RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016, que dispõe sobre os parâmetros e procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde e de monitoramento estratégico do mercado de saúde suplementar; da RN nº 522, de 29 de abril de 2022, que dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde; da RN nº 523, de 29 de abril de 2022, que dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea "e" do inciso XLI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e da RN nº 524, de 29 de abril de 2022, que dispõe sobre a designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante Extrajudicial; sobre as despesas com a execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial, e revoga a RN nº 300, de 19 de julho de 2012, que dispõe, em especial, sobre a remuneração de profissionais designados para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico e de liquidante (BRASIL, 2016; BRASIL, 2022c; BRASIL, 2022d; BRASIL, 2022e).

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

(...)

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (...)

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, edição extra, Brasília, DF, p. 05, 29 jan. 2000b.

²¹Art. 4º Compete à ANS:

(...)

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

(...)

c) direção fiscal ou técnica;

d) liquidação extrajudicial;

e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras; (...)

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, edição extra, Brasília, DF, p. 05, 29 jan. 2000b.

3 As intervenções regulatórias nas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

3.1 O acompanhamento dos índices econômico-financeiros das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Toda atividade empresarial, naturalmente, está sujeita a uma série de dificuldades. Porém, quando não administradas de forma adequada, tais reverses têm o condão de desencadear crises dos mais diversos tipos²², as quais podem ser provenientes de fatores externos, alheios ao empresário, ou decorrentes das próprias características do modelo da atividade exercida (TOMAZETTE, 2021).

No caso do mercado de saúde suplementar, o próprio modelo de custeio do setor se caracteriza como sendo um importante fator de risco, a ser administrado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Isto porque, ainda que apresente um ciclo financeiro positivo, com o recebimento antecipado das contraprestações pecuniárias pela cobertura contratual assegurada, não é possível anteceder de forma exata, qual o valor total que será necessário para cobrir os eventuais gastos assistenciais, haja vista que essas despesas estão diretamente relacionadas com a condição de saúde dos seus beneficiários, sobretudo a longo prazo. Além disso, o envelhecimento da carteira de beneficiários proporciona um inevitável aumento nas despesas assistenciais (PINHEIRO *et al*, 2015).

Em consequência disso e considerando a relevância dos serviços prestados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, principalmente no que concerne à garantia de acesso aos serviços essenciais de assistência à saúde, bem como pela importância da continuidade desses serviços, tanto para os beneficiários quanto para os profissionais e para as empresas prestadoras de serviços na área da

²²Segundo Tomazette (2021), as crises podem se manifestar das seguintes formas: crise de rigidez ocorre quando a atividade não se adapta ao ambiente externo, sendo incapaz de reagir as mudanças no mercado, sobretudo com relação aos avanços tecnológicos; crise de eficiência, que é decorrente da má gestão empresarial, que opera com rendimentos incompatíveis com as potencialidades da empresa; crise econômica, a qual se instala quando a atividade tem rendimentos menores do que os custos, operando em prejuízo; crise financeira, que é caracterizada pela incapacidade da empresa fazer frente às suas próprias dívidas, com os recursos financeiros à disposição, o que se reflete na dificuldade de manter contratos com fornecedores e com o sistema de crédito; e crise patrimonial, que se revela através da insuficiência de patrimônio para atender a satisfação do passivo, tratando-se da insolvência no sentido mais econômico.

TOMAZETTE, M. **Curso de Direito Empresarial**. Vol. 3, 9º ed. São Paulo: Saraiva, 2021, p. 32-33.

saúde, foi atribuída à ANS a competência legal para promover o acompanhamento da capacidade financeira dessas instituições, com o objetivo de antecipar situações que, porventura, possam prejudicar o cumprimento das suas obrigações contratuais, especialmente no que tange ao provimento dos serviços assistenciais e ao pagamento de prestadores e fornecedores de bens e serviços da área da saúde (GUIMARÃES; ALVES, 2009).

Assim, percebe-se o quão necessária é a solvência para o bom funcionamento do setor de saúde suplementar, uma vez que a garantia da continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde está diretamente vinculada à situação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde e, conseqüentemente, a sua capacidade de honrar com as obrigações contraídas (REIS *et al*, 2021).

Por isso, a ANS promove o acompanhamento periódico dos índices econômico-financeiros das operadoras de planos privados de assistência à saúde, por meio de uma análise técnica individual, composta por um conjunto de ações de caráter contínuo e permanente, destinada à averiguação da regularidade de transações e eventos, que podem afetar a situação patrimonial, econômica, financeira, administrativa e societária das operadoras de planos privados de assistência à saúde, com o fito de preservar a continuidade e qualidade do atendimento à saúde prestado aos beneficiários. O resultado dessa avaliação é expresso por meio da Nota Técnica de Acompanhamento Econômico-Financeiro - NTAEF (BRASIL, 2016).

A NTAEF se constitui num instrumento de análise técnica, voltado à avaliação e detecção de eventuais desconformidades econômico-financeiras ou administrativas, no bojo das operadoras de planos privados de assistência à saúde, que possam vir a colocar em risco a continuidade ou a qualidade da assistência à saúde (BRASIL, 2016).

Dentre os parâmetros monitorados e que estão consignados na NTAEF, destacam-se: inobservâncias às normas referentes ao conjunto de regras contábeis estabelecido pelo Plano de Contas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde da ANS²³, bem como o não atendimento às normas referentes

²³Art. 1º (...)

à alteração ou transferência do controle societário, incorporação, fusão, cisão ou desmembramento, e à transferência de carteira de beneficiários; inadequações relativas às regras de manutenção de provisões técnicas, incluído o ressarcimento ao SUS, capital base, ativos garantidores, lastro para as provisões técnicas, margem de solvência ou capital baseado em riscos, em conformidade com o parâmetro utilizado para definição do capital regulatório da operadora²⁴;

Parágrafo único: O plano de Contas Padrão da ANS compreende o conjunto de normas, elenco de codificação, modelos de publicação das demonstrações financeiras e manual de contabilização dispostos, respectivamente, nos Capítulos I, II, III e IV do Anexo desta RN.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 472, de 29 de setembro de 2021. Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde e as administradoras de benefícios; altera a RN nº 173, de 10 de julho de 2008, a RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016, e a RN nº 451, de 6 de março de 2020; e revoga a RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, a RN nº 435, de 23 de novembro de 2018, a RN nº 446, de 1º de novembro de 2019, e a Instrução Normativa - IN nº 45, de 15 de dezembro de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras. **Diário Oficial da União**, Ed. 190, Seção 1, p. 99, 06 out. 2021.

²⁴Art. 2º Para efeitos desta RN, considera-se:

I – Capital Base (CB): regra de capital que define um montante fixo a ser observado a qualquer tempo, em função da modalidade, segmentação e região de comercialização, tal como disposto no Anexo I;

II – Margem de Solvência (MS): regra de capital que define um montante variável a ser observado em função do volume de contraprestações e eventos indenizáveis aferidos pela operadora;

III – Capital Baseado em Riscos (CBR): regra de capital que define montante variável a ser observado pela operadora em função de fatores pré-determinados por modelo padrão estabelecido pela ANS, compreendendo os principais riscos envolvidos nas atividades relacionadas à operação de planos privados de assistência à saúde, quais sejam: o risco de subscrição, o risco de crédito, o risco de mercado, o risco legal e o risco operacional;

IV – Capital Regulatório (CR): limite mínimo de Patrimônio Líquido Ajustado que a operadora deve observar, a qualquer tempo, em função das regras de capital regulamentadas nesta RN;

V – Risco de Subscrição: medida de incerteza relacionada a uma situação econômica adversa que contraria as expectativas da operadora no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas e relativas à precificação;

VI – Risco de Crédito: medida de incerteza relacionada à probabilidade da contraparte de uma operação, ou de um emissor de dívida, não honrar, total ou parcialmente, seus compromissos financeiros, ou de ter alterada sua classificação de risco de crédito;

VII – Risco de Mercado: medida de incerteza relacionada à exposição a perdas decorrentes da volatilidade dos preços de ativos, tais como cotações de ações, taxas de juros, taxas cambiais, preços de commodities e preços de imóveis;

VIII – Risco Legal: medida de incerteza relacionada aos retornos de uma operadora por falta de um completo embasamento legal de suas operações; é o risco de não-cumprimento de leis, regras, regulamentações, acordos, práticas vigentes ou padrões éticos aplicáveis, considerando, inclusive, o risco de que a natureza do produto/serviço prestado possa tornar a operadora particularmente vulnerável a litígios;

IX – Risco Operacional: medida de incerteza que compreende os demais riscos enfrentados pela operadora relacionados aos procedimentos internos, tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas; e

X – Patrimônio Líquido Ajustado (PLA): Patrimônio Líquido ou Social, apurado nas demonstrações financeiras da operadora, ajustado por efeitos econômicos regulamentados nesta RN.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 451, de 06 de março de 2020. Dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde; revoga a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007, da DIOPE; e altera a RN nº 85, de 7 de

inconsistências verificadas na avaliação das origens e aplicações de recursos patrimoniais, bem como da evolução do patrimônio da operadora, das receitas e das despesas relacionadas principalmente às transações de planos privados de assistência à saúde; notas explicativas às demonstrações contábeis; relatórios de auditoria independente, incluindo eventuais ressalvas e parágrafos de fundamentação de opinião do auditor externo; relevância de ajustes contábeis ao patrimônio; suficiência das garantias do equilíbrio financeiro, da totalidade do ativo em relação ao passivo exigível; desequilíbrios estruturais na relação entre ativos e passivos de curto prazo que comprometam a liquidez; possível inadimplência contumaz com o pagamento aos prestadores e fornecedores de serviços de saúde; potencial obstrução ao acompanhamento da situação econômico-financeira, incluído o não envio ou o atraso no envio de informações periódicas obrigatórias à ANS, especialmente através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (DIOPS)²⁵, bem como qualquer conduta ou omissão da operadora que venha a impor injustificadas dificuldades ao exercício das atividades fiscalizatórias da ANS; suficiência de mecanismos de controle interno; e inconsistências, erros ou omissões nas informações contábeis, que prejudiquem a avaliação da situação econômico-financeira; e realização de operações financeiras contrárias à legislação (BRASIL, 2016).

Por seu turno, da análise individual da NTAEF poderão ser evidenciadas desconformidades consideradas de baixo risco e sem comprometimento da avaliação da situação econômico-financeira; desconformidades consideradas relevantes que podem colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde; ou desconformidades consideradas relevantes que comprometem a avaliação da situação econômico-financeira ou que colocam em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde (BRASIL, 2016).

Neste contexto, conforme a gravidade das desconformidades apuradas e o seu potencial de pôr em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários, além da adoção imediata de procedimentos corretivos pontuais,

dezembro de 2004, a RN n° 307, de 22 de outubro de 2012, e a RN n° 400, de 25 de fevereiro de 2016. **Diário Oficial da União**, ed. 49, Seção 1, p. 188, 12 mar. 2020.

²⁵O DIOPS consiste num relatório contendo as informações econômico-financeiras das operadoras de planos privados de assistência à saúde, elaborado por um auditor independente com registro na Comissão de Valores Mobiliários (CVM), que deve ser enviado à ANS trimestralmente, conforme determina a Resolução Normativa – RN n° 173/2008 (BRASIL, 2008).

também poderá ser determinado a aplicação de um dos Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira – PAEF, que estão dispostos na RN nº 523, de 29 de abril de 2022, quais sejam: apresentação de um Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras (TAOEF) ou de um Plano de Adequação Econômico-Financeira – PLAEF (BRASIL, 2016; BRASIL, 2022d).

Assim, quando observadas desconformidades consideradas de baixo risco e sem comprometimento da avaliação da situação econômico-financeira, as operadoras avaliadas deverão firmar um TAOEF, pelo qual se comprometerão sanar as irregularidades apuradas durante o prazo da sua vigência, o qual poderá ser de até 24 (vinte e quatro) meses, prorrogável por mais 12 (doze) meses, por requerimento da avaliada (BRASIL, 2016; BRASIL, 2022d).

Para as desconformidades consideradas relevantes que podem colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a depender do grau de seriedade daquilo que foi apurado, poderá ser determinada desde a apresentação um TAOEF até a apresentação de PLAEF, contendo este as informações sobre o balanço operacional, a demonstração do resultado, o capital base e a margem de solvência ou capital baseado em riscos; com prazo de execução de até 24 (vinte e quatro) meses, também prorrogável por mais 12 (doze) meses, por solicitação da monitorada (BRASIL, 2016; BRASIL, 2022d).

Por outro lado, no caso das desconformidades consideradas relevantes que comprometem a avaliação da situação econômico-financeira ou que colocam em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, não há a possibilidade de aplicar quaisquer um dos dois PAEF, mas, tão somente, cabe a adoção imediata de medidas, que visem corrigir as desconformidades verificadas (BRASIL, 2016).

Para mais, cabe salientar que a prorrogação do TAOEF por mais 12 (doze) meses apenas será possível, quando as desconformidades econômico-financeiras sejam consideradas de baixo risco e não haja comprometimento da avaliação da situação econômico-financeira da operadora de planos privados de assistência à saúde. Como também, tanto para o TAOEF quanto para o PLAEF, essa mesma prorrogação poderá ser concedida, naquelas situações em que as desconformidades econômico-financeiras evidenciadas forem consideradas relevantes, porém admitam adequação no âmbito de algum dos PAEF, e desde que não haja deterioração da situação econômico-financeira no período avaliado (BRASIL, 2022d).

Entretanto, se as providências tomadas pelas operadoras avaliadas não forem suficientes para resolver os problemas apontados na NTAEF ou, ainda, no caso da não adoção ou não cumprimento do TAOEF ou do PLAEF, poderá ser determinada a instauração do regime de direção fiscal ou mesmo a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade das não conformidades apuradas (BRASIL, 1998; BRASIL, 2016; BRASIL, 2022c; BRASIL, 2022d).

3.2 O regime especial de direção fiscal nas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O regime especial de direção fiscal se constitui num mecanismo da regulação setorial, que funciona como alternativa à liquidação extrajudicial daquelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, que estejam apresentando problemas administrativos sanáveis e/ou dificuldades econômico-financeiras. Pois, ao invés de se promover a imediata retirada dessas entidades do mercado de saúde suplementar, busca-se, inicialmente, corrigir as falhas detectadas, a fim de regularizar o seu funcionamento e, com isso, garantir a cobertura assistencial dos beneficiários (CUNHA, 2003; COSTA, 2008).

Neste sentido, a direção fiscal se assemelha ao regime especial de enfrentamento de crises em instituições financeiras, especificamente no que concerne a intervenção (CUNHA, 2003), a qual, segundo Requião (1995), cuida-se de:

“(...) uma medida administrativa de natureza cautelar, aplicada a empresas não federais, e que se lhes aplica em caso de sofrer prejuízos decorrentes de má administração, de reiteradas violações à lei ou em caso de comprovada insolvência”.

REQUIÃO, R. **Curso de Direito Falimentar**. Vol. 2. 14^a ed. São Paulo: Saraiva, 1995, p. 201.

Contudo, não se pode confundir esses dois institutos, visto que o fundamento legal do regime de direção fiscal é diverso daquele da intervenção de instituições financeiras²⁶ e encontra-se disposto no art. 24, da Lei n° 9.656, de 3 de julho de 1998, o qual autoriza à ANS intervir nas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sempre que forem detectadas anormalidades econômico-

²⁶A intervenção de instituições financeiras tem como fulcro a Lei n° 6.024, de 13 de março de 1974 (BRASIL, 1974).

financeiras ou administrativas graves, que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde. Outrossim, a normatização infralegal do aludido regime especial, em termos gerais, está disposta na RN n° 522, de 29 de abril de 2022 (BRASIL, 1998; CUNHA, 2003; BRASIL, 2022c).

Por seu turno, o art. 2º, da RN n° 522, de 29 de abril de 2022, elenca, de maneira exemplificativa²⁷, as anormalidades econômico-financeiras ou administrativas consideradas graves, que, ao serem identificadas pela ANS, poderão ensejar na decretação da direção fiscal, a saber: totalidade do ativo em valor inferior ao passivo exigível; desequilíbrios estruturais na relação entre ativos e passivos de curto prazo que comprometam a liquidez; inadequação às regras de garantias financeiras e ativos garantidores; inadimplência contumaz com o pagamento aos prestadores; não apresentação, rejeição, cancelamento ou descumprimento do PLAEF ou do TAOEF; obstrução ao acompanhamento da situação econômico-financeira realizada pelo ente regulador; não adoção ou inobservância das regras do Plano de Contas Padrão da ANS; deficiência de controles internos, inconsistências, erros ou omissões nas informações contábeis que prejudiquem a avaliação da situação econômico-financeira; inobservância das normas referentes à autorização de funcionamento; e alteração ou transferência do controle societário, incorporação, fusão, cisão ou desmembramento em descumprimento às normas da ANS, se não promovida a regularização do ato (BRASIL, 2022c).

Assim, aos serem detectadas uma ou mais dessas anormalidades econômico-financeiras ou administrativas, a DICOL, após requerimento fundamentado da DIOPE, poderá deliberar pela instauração do regime de direção fiscal, que será expresso por meio de uma Resolução Operacional (RO)²⁸ e publicada no Diário Oficial da União (DOU) (BRASIL, 2022c; BRASIL, 2022d).

²⁷Art. 2º O regime especial de direção fiscal poderá ser instaurado, quando detectadas uma ou mais anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, conforme abaixo especificadas, sem prejuízo de outras hipóteses que venham a ser identificadas pela ANS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN n° 522, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, ed. 83, Seção 1, p. 507, 04 maio 2022c.

²⁸Art. 42. Para fins desta resolução regimental, considera-se:

(...)

V - Resolução Operacional (RO) - ato normativo que expressa decisão para fins de implementação de ações ou procedimentos operacionais previstos em Resoluções Normativas, tais como: alienação de carteira, instauração de regimes de direção técnica, direção fiscal e de liquidação extrajudicial;

Nesta mesma ocasião, a DICOL, também por deliberação, designará um agente para exercer as funções de diretor fiscal, que deverá possuir nível superior completo, preferencialmente nas áreas de Ciências Contábeis, Administração de Empresas ou Economia; idoneidade moral; comprovada capacidade técnica e experiência profissional; e cujo nome tenha sido indicado pela DIOPE, dentre aqueles constantes no cadastro mantido pela ANS. Cabe ressaltar ainda, que a remuneração desse profissional ficará a cargo da operadora submetida ao regime especial. Mas, caso reste evidenciada insuficiência de recursos financeiros para sustentar tal obrigação, a ANS poderá adiantar os valores necessários ao custeio dessa despesa, devendo ser ressarcida posteriormente (BRASIL 1998; BRASIL, 2022e).

O diretor fiscal designado reportar-se-á apenas à ANS e não terá poderes de gestão sobre a operadora de planos privados de assistência à saúde, mas lhe competirá colher os documentos e as informações da operadora, que possam instruir o processo de acompanhamento de suas atividades administrativas e da sua situação econômico-financeira; obter cópia do estatuto ou contrato social consolidado da operadora, caso necessário; proceder à auditoria das contas da operadora, tomando por base o balanço ou balancete contábil mais atualizado; coletar informações com credores, beneficiários e demais interessados, bem como sobre saldos e operações, mediante circularização às instituições financeiras, por expediente formalizado pelo representante legal da operadora; determinar a apresentação pela operadora de Programa de Saneamento com ações e metas que visem à sua recuperação econômico-financeira; avaliar o Programa de Saneamento apresentado pela operadora e submetê-lo à deliberação da ANS; e determinar à operadora a convocação de reunião de seus órgãos estatutários de administração, podendo participar como ouvinte, quando for o caso (BRASIL, 2022c).

Além dessas atribuições, caberá ainda ao diretor fiscal, quando julgar necessário, propor: o afastamento dos administradores, que descumprirem suas determinações ou obstruírem sua atuação; a adoção de providências necessárias à responsabilização de quaisquer pessoas, diante de indícios de condutas ilegais; a

utilização de medidas perante as instituições públicas ou privadas, que possam contribuir para a condução do regime de direção fiscal; o encerramento do regime de direção fiscal, quando afastada as anormalidades, que colocavam em risco a continuidade do atendimento à saúde; a instauração de regime de direção técnica²⁹³⁰; a alienação da carteira da operadora, ou a concessão de portabilidade especial dos beneficiários; a decretação da liquidação extrajudicial; o cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório; e demais medidas que julgar cabíveis para o cumprimento eficiente desse regime especial (BRASIL, 2022c).

Adicionalmente a isso, o diretor fiscal terá o dever de informar à ANS a relação de todos os administradores que tenham estado no exercício das funções nos 12 (doze) meses anteriores à instauração do regime de direção fiscal, bem como os nomes daqueles que tenham concorrido, durante este período, para a instauração do regime especial, bem como dos outros que venham assumir tais funções no decorrer dessa intervenção regulatória (BRASIL, 2022c).

Tais informações são de suma importância, pois, a partir do momento em que é decretada a direção fiscal, ocorre a indisponibilidade dos bens dos atuais administradores bem como dos ex-administradores, que tenham estado no exercício das funções nos 12 (doze) meses anteriores. Com isso, não poderão, por qualquer forma, direta ou indiretamente, aliená-los ou onerá-los, até a apuração das respectivas responsabilidades (BRASIL, 2022c).

Outrossim, também poderá ser estendida, seja de ofício seja a requerimento do diretor fiscal à ANS, a indisponibilidade dos bens aos gerentes, conselheiros fiscais e de todos aqueles que tenham concorrido para a instauração da direção fiscal, e até contra terceiros, que, porventura, tenham adquirido bens da operadora a qualquer título, nos últimos 12 (doze) meses, desde que reste configurada fraude nessas transações (BRASIL, 2022c).

²⁹A direção técnica consiste num regime especial voltado à correção de anormalidades administrativas graves, que podem colocar em risco à assistência prestada aos beneficiários de uma determinada operadora, sendo disciplinada pela Resolução Normativa – RN n° 485, de 29 de março de 2022 (BRASIL, 2022b).

³⁰O objetivo da direção técnica é a reorganização administrativa das operadoras de planos privados de assistência à saúde na seara assistencial, não envolvendo questões econômico-financeiras ou jurídicas. Por isso, optou-se por não abordá-la no presente trabalho.

Para mais, o diretor fiscal terá o encargo de comunicar à ANS os indícios de irregularidades na transferência de bens, direitos ou obrigações da operadora ou de transferência de bens postos em indisponibilidade; manter sigilo sobre as informações a que tiver acesso no curso do regime de direção fiscal; apresentar à ANS relatórios periódicos sobre a condução do regime de direção fiscal, devidamente instruídos, na forma estabelecida pela DIOPE; prestar informações complementares, quando determinado pela ANS; encaminhar à ANS elementos comprobatórios da prática de condutas ilegais; verificar se as informações expressas nos documentos contábeis e gerenciais refletem a real situação da operadora e se as informações periódicas obrigatórias encaminhadas à ANS estão de acordo com os documentos contábeis e controles internos da operadora; avaliar a eventual ocorrência de situações que configurem falência ou insolvência civil da operadora; e praticar os atos determinados pela Agência (BRASIL, 2022c).

No caso de descumprimento dos deveres previstos na regulamentação, o diretor fiscal poderá sofrer imediata exoneração de suas funções, além da inabilitação para o exercício do cargo pelo prazo de 05 (cinco) anos, após apuração dos fatos em processo administrativo específico assegurado a ampla defesa e contraditório, sem prejuízo da apuração da responsabilidade penal, civil e por ato de improbidade administrativa (BRASIL, 2022c).

Outra medida importante, que poderá ser tomada pela diretor fiscal, no curso do regime especial, é a determinação da apresentação, por parte da operadora submetida à direção fiscal, de um “programa de saneamento”, com objetivo de solucionar as anormalidades econômico-financeiras identificadas, contendo metas e ações com projeções mensais, utilizando as mesmas diretrizes básicas do PLAEF, cuja duração máxima deverá ser de 24 (vinte e quatro meses), podendo ser prorrogado por até 12 (doze) meses a critério da DIOPE, desde que obedecidos os requisitos elencados na regulamentação. Contudo, caso não seja cumprido ou na falta de êxito do programa proposto, a ANS poderá decretar a liquidação extrajudicial da operadora de planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2022c).

Por fim, o encerramento do regime de direção fiscal será decretado pela DICOL, quando restarem afastadas as graves anormalidades, que estavam colocando em risco a continuidade ou a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários; tiver sido aprovado o programa de saneamento pela DIOPE; houver sido determinada a instauração do processo de liquidação extrajudicial; for

cancelada a autorização de funcionamento ou o registro provisório da operadora; ou estiver cessada a prática infrativa de exercer atividade de operação de plano privado de assistência à saúde sem autorização da ANS, quando tenha sido este, o motivo pelo qual se instaurou o regime especial, e caso não remanesçam outros motivos para a decretação da liquidação extrajudicial (BRASIL, 2022c).

3.3 O processo de liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A liquidação extrajudicial consiste numa espécie de sucedâneo administrativo da falência, pela qual se extingue uma empresa, cujo processo pode ser desencadeado a requerimento dos próprios dirigentes, caso o respectivo estatuto social conferir-lhes tal prerrogativa ou, no caso do silêncio deste, por decisão da assembleia geral extraordinária; como também, pelo interventor, no bojo da intervenção; ou, ainda, de ofício, pelo Estado (liquidação coacta administrativa ou liquidação forçada), seja pela verificação da ocorrência de grave desequilíbrio econômico-financeiro ou, também, quando da cassação da autorização para o seu funcionamento (REQUIÃO, 1995; SANTANA; PINTO, 2002).

Trata-se de um procedimento concursal, cujos efeitos são similares aos observados na falência, e que, assim como o processo falimentar, busca conferir tratamento paritário aos credores da liquidanda, com objetivo de promover o pagamento do maior número possível de créditos, de acordo com a ordem legal de preferência e nos limites das possibilidades da massa (CUNHA, 2003; COELHO, 2020; TOMAZETTE, 2021).

Entretanto, difere-se da falência, pois se destina às instituições de caráter público ou privado, com exceção das públicas federais, cujo insucesso econômico e financeiro tem o potencial de gerar grandes impactos à sociedade. Por esse motivo, há um interesse público emergente, o qual atrai a atuação da Administração Pública, que também se justifica pela reconhecida morosidade do processo falimentar. Assim, a liquidação extrajudicial é instaurada e conduzida fora do Poder Judiciário, pela via administrativa, visando resguardar uma solução mais pronta e rápida para a crise estabelecida, com os menores prejuízos possíveis (REQUIÃO, 1995; CHAGAS, 2018; TOMAZETTE, 2021).

Todavia, cabe esclarecer que, embora a liquidação extrajudicial seja processada no âmbito administrativo, isso não importa em inobservância ao preceito constitucional da inafastabilidade da apreciação do Poder Judiciário a qualquer lesão ou ameaça a direito, prevista no art. 5º, inciso XXXV, da CRFB/1988. Visto que, os atos praticados pela Administração Pública e por seus agentes permanecem sujeitos ao controle jurisdicional (COELHO, 2020).

No que concerne ao mercado de saúde suplementar, dada a sua relevância para o sistema nacional de saúde, o legislador conferiu à ANS, a competência legal para normatizar, instaurar e conduzir o processo de liquidação extrajudicial daquelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, nas quais forem detectadas anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, por força art. 24, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e do art. 4º, incisos XXXIV e XLI, alínea “d”, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Com isso, busca-se retirar do mercado, aquelas entidades que não satisfaçam os requisitos regulatórios e de desempenho econômico mínimos e necessários, para se manterem ativas (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000b; CUNHA, 2003; BRAGANÇA *et al*, 2019; TOMAZETTE, 2021).

Neste diapasão, a RN nº 522, de 29 de abril de 2022, disciplina o processo de liquidação extrajudicial no bojo da ANS, restando subsidiária³¹, a aplicação dos preceitos elencados na Lei 6.024, de 13 de março de 1974, que dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras; na Lei 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, que regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária; no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, que dispõe sobre a dissolução de sociedades civis de fins assistenciais; e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências (BRASIL, 1998; CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018; MAMEDE, 2020; BRASIL, 2022c).

³¹Art. 55. Aplicam-se à liquidação extrajudicial, no que couber, os preceitos contidos na Lei nº 6.024, de 1974, na Lei nº 11.101, de 2005, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 522, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, ed. 83, Seção 1, p. 507, 04 maio 2022c.

Por seu turno, o art. 17, da aludida resolução normativa, enumera as circunstâncias, que podem ensejar na decretação da liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Inclusive, tal como ocorre com o processo de liquidação extrajudicial das instituições financeiras, o processo liquidatário também poderá ser deflagrado por requerimento dos administradores da liquidanda ou, de ofício, pela ANS (CUNHA, 2003; BRASIL, 2022c).

No caso da decretação da liquidação extrajudicial por requerimento, este poderá ser realizado pelos administradores da liquidanda, os quais precisarão estar devidamente autorizados para tanto, seja pelos respectivos estatutos seja por deliberação ocorrida em assembleia geral extraordinária, e deverão expor os motivos justificadores para adoção dessa medida. Como também, poderá o diretor fiscal, no bojo do regime especial de direção fiscal, solicitar a liquidação extrajudicial, quando diante de irregularidades consideradas graves e irreversíveis (CUNHA, 2003; BRASIL, 2022c).

Em contrapartida, a liquidação extrajudicial poderá ser decretada *ex officio*, nas ocasiões em que forem verificadas graves anormalidades econômico-financeiras ou administrativas, que impliquem em risco iminente à manutenção da assistência à saúde dos beneficiários, independentemente da instauração prévia de regime especial de direção fiscal; na observação de indícios de dissolução irregular da pessoa jurídica; quando não tiverem sido sanadas as anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, apuradas durante o curso direção fiscal ou da adoção de um dos PAEF ou do programa de saneamento proposto pela operadora; na ausência de substituição de administradores inabilitados ou afastados por determinação da ANS, sempre que o abandono ou a omissão continuada dos órgãos de deliberação importar em risco para a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários; na aplicação de sanção administrativa de cancelamento de sua autorização de funcionamento ou do registro provisório, na forma do art. 25, inciso VI, da Lei nº 9.656, de 1998³²; ou nos casos de violação

³²Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º, do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

grave, pela administração da operadora, de normas legais e estatutárias, que disciplinam a atividade da instituição, bem como das determinações da ANS, no uso de suas atribuições legais (CUNHA, 2003; REIS *et al*, 2021; BRASIL, 2022c).

No entanto, ainda que sejam constatadas uma ou mais das circunstâncias supracitadas, a decretação da liquidação extrajudicial não ocorrerá de forma automática. Pois, anteriormente a esse ato, a ANS fará o levantamento dos cadastros da operadora avaliada e, caso ainda haja beneficiários a ela vinculados, promoverá a alienação dessa carteira residual ou concederá autorização para realização da portabilidade de carências contratuais desses indivíduos para outras operadoras de planos privados de assistência à saúde, como forma de lhes ser garantida a manutenção das coberturas assistenciais. Em ambos os casos, o procedimento será instrumentalizado através de normativo editado especificamente para esta finalidade (BRASIL, 2022c).

Ato contínuo, será decretada a liquidação extrajudicial pela DICOL, a qual produzirá, imediatamente, os seguintes efeitos: cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório de operadora; perda dos poderes de todos os órgãos de administração da liquidanda; suspensão das ações e execuções iniciadas sobre direitos e interesses relativos ao acervo da liquidanda, não podendo ser intentadas outras que possam resultar em redução do acervo patrimonial da liquidanda, enquanto durar a liquidação; vencimento antecipado das obrigações da liquidanda; não fluência de juros, mesmo que estipulados contra a liquidanda, enquanto não integralmente pago o passivo; não reclamação de penas pecuniárias por infração de leis penais ou administrativas; interrupção da prescrição relativa a obrigações de responsabilidade da liquidanda; e não atendimento das cláusulas penais dos contratos unilaterais vencidos em virtude da decretação da liquidação extrajudicial (BRASIL, 2022c).

Com o cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório da operadora, haverá o impedimento do exercício da atividade de operação e de comercialização de planos privados de assistência à saúde. Por

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde
V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.
BRASIL, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

conta disso, incumbe também ao liquidante extrajudicial, tão logo publicado o ato de decretação da liquidação extrajudicial, comunicar aos beneficiários remanescentes da liquidanda, mediante publicação em jornal de grande circulação e no DOU, a extinção desses contratos de plano de assistência à saúde, em razão do encerramento das atividades da liquidanda (CUNHA, 2003; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022c).

Já a suspensão das ações e execuções iniciadas, bem como a proibição de ajuizamento de novas ações, enquanto perdurar a liquidação extrajudicial, têm como objetivo prevenir os pagamentos de créditos fora da ordem legal de preferência. Porém, tais efeitos não obstam às execuções fiscais, dada a especificidade da legislação, bem como as eventuais ações sem repercussão patrimonial ou, ainda, conforme reconhece o Superior Tribunal de Justiça (STJ), as ações que demandem quantias ilíquidas (ações de conhecimento)³³. Cabe ressaltar ainda, que essa suspensão só beneficia à liquidanda, não atingindo os demais litisconsortes (TOMAZETTE, 2021).

Enquanto o vencimento antecipado das obrigações e a não fluência dos juros permitem uniformizar as obrigações, para que se possa promover uma liquidação mais eficiente do patrimônio da liquidanda bem como evitar que o fator tempo, de alguma maneira, possa ser um determinante para a definição dos pagamentos. Pois, uma vez que se trata de um processo de execução coletiva, cuja ordem para pagamento dos créditos decorre da lei, torna-se mais justo o vencimento simultâneo de todas as obrigações. Já a interrupção dos prazos prescricionais promove o reinício da contagem do início desses prazos no final do processo de liquidação extrajudicial, o que confere uma maior segurança jurídica aos credores e, também, evita-se que sejam propostas ações judiciais desnecessárias ao longo do processo liquidatário (MAMEDE, 2020; TOMAZETTE, 2021).

Outrossim, similarmente ao que ocorre por ocasião da instauração do regime de direção fiscal, com a decretação da liquidação extrajudicial também ficam

³³BRASIL, Superior Tribunal de Justiça – STJ, **AgInt no AREsp nº 902.085/SP**, Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 16 fev. 2017, DJe. de 06 mar. 2017.
BRASIL, Superior Tribunal de Justiça – STJ, **AgInt no REsp nº 1.715.032/SC**, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 24 abr. 2018, DJe. de 03 maio 2018.
BRASIL, Superior Tribunal de Justiça – STJ, **AgInt no AREsp nº 1.349.957/RS**, Rel. Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 27 maio 2019, DJe. de 03 jun. 2019.
BRASIL, Superior Tribunal de Justiça – STJ, **AgInt no AREsp nº 1.100.512/MG**, Rel. Ministra Assusete Magalhães, Segunda Turma, julgado em 21 nov. 2019, DJe. de 29 nov. 2019.

indisponíveis os bens dos atuais administradores e dos ex-administradores que tenham estado no exercício das funções nos 12 (doze) meses anteriores, os quais não poderão, por qualquer forma, direta ou indiretamente, aliená-los ou onerá-los, até a apuração das respectivas responsabilidades. Além disso, poderá ser estendida, seja de ofício seja a requerimento do liquidante à ANS, a indisponibilidade dos bens aos gerentes, conselheiros fiscais e de todos aqueles que tenham concorrido para a decretação da liquidação extrajudicial, e até contra terceiros, que, porventura, tenham adquirido bens da operadora a qualquer título, nos últimos 12 (doze) meses, desde que reste configurada fraude nessas transações (MAMEDE, 2020; TOMAZETTE, 2021; BRASIL, 2022c).

Ademais, o ato administrativo da ANS, que decretar a liquidação extrajudicial, fixará o seu termo legal, o qual não poderá ser superior a 90 (noventa) dias anteriores à data do primeiro protesto por falta de pagamento ou, se não houver, do ato que haja instaurado a direção fiscal ou decretado a liquidação, o que tiver ocorrido primeiro; e determinará que, em todos os atos, documentos e publicações de interesse da liquidação extrajudicial, seja usada, obrigatoriamente, a expressão "em liquidação extrajudicial", em seguida da denominação da liquidanda (BRASIL, 2022c).

Neste ponto, chama atenção o fato da norma infralegal ter adotado o mesmo prazo da "lei de falências" para fixação do termo legal, ao invés dos 60 (sessenta) dias que está disposto no art. 15, §2º, da Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, que dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras, e dá outras providências (BRASIL, 1974; BRASIL, 2005; BRASIL, 2022c).

Contudo, em que pese ter sido conferido um maior lapso temporal, a função do termo legal permaneceu inalterada, pois se destina assinalar um "período suspeito", no qual se presume que o devedor já teria conhecimento da sua situação econômico-financeira desfavorável e, em virtude disso, estaria mais propenso para tomar decisões que privilegiassem a si próprio ou a determinados credores em detrimento de outros ou, ainda, com o intuito de se evitar futura arrecadação do seu patrimônio. Assim, a sua dimensão é retroativa (*ex tunc*), possibilitando a desconstituição dos negócios suspeitos, que foram realizados ao longo do período fixado, e tem o condão de submeter ao concurso de credores bem como às consequências da quebra, todos aqueles que se imiscuíram nessas operações (MAMEDE, 2020; SACRAMONE, 2021).

Para além, a RN nº 522, de 29 de abril de 2022, ainda prevê a possibilidade de se decretar a liquidação extrajudicial por extensão, daquelas pessoas jurídicas que tenham integração de atividade ou vínculo de interesse com a liquidanda, mesmo que não atuem no mercado da saúde suplementar, cujo processamento se dará em autos apartados, mas com tramitação conjunta (BRASIL, 2022c).

Neste contexto, serão consideradas integradas ou vinculadas, as pessoas jurídicas que forem devedoras da liquidanda; ou quando seus sócios ou acionistas participarem do capital da liquidanda em importância superior a 10% (dez por cento); ou sejam cônjuges ou parentes até o segundo grau, consanguíneos ou afins, de seus diretores ou membros dos conselhos de administração, consultivo, fiscal ou órgãos semelhantes (BRASIL, 2022c).

No que tange à execução do processo de liquidação extrajudicial, esta ficará a cargo de um liquidante extrajudicial designado pela DICOL, o qual deverá possuir formação em nível superior completo, preferencialmente em Direito; idoneidade moral; comprovada capacidade técnica e experiência profissional; e cujo nome tenha sido indicado pela DIOPE, dentre aqueles constantes no cadastro mantido pela ANS. A remuneração desse profissional ficará a cargo da liquidanda e equivalerá a remuneração do cargo em comissão de Gerência Executiva nível III (CGE-III) do Poder Executivo, sendo devida a partir do termo de sua posse ou de sua investidura. Mas, caso reste evidenciada a insuficiência de recursos financeiros para sustentar tal obrigação, a ANS poderá adiantar os valores necessários ao custeio dessa despesa, devendo ser ressarcida posteriormente, por meio da instauração de um processo administrativo de ressarcimento de despesas (BRASIL, 1998; BRASIL, 2022e).

O liquidante terá amplos poderes de administração e liquidação, especialmente para promover o levantamento dos ativos bem como proceder a verificação e classificação dos créditos. Ainda lhe caberá admitir e demitir empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde; outorgar e cassar mandatos; propor ações e representar a liquidanda em juízo ou fora dele (BRASIL, 2022c).

Ademais, poderá contar com a colaboração de assistentes, quando a complexidade do processo assim exigir, e contratar serviços auxiliares para as atividades decorrentes da liquidação extrajudicial, desde que o pedido seja motivado e previamente submetido à autorização da DIOPE. As despesas oriundas dessas

contratações também serão de responsabilidade da liquidanda, as quais poderão ser custeadas por antecipação pela ANS, de maneira semelhante àquela empregada para garantir a remuneração do liquidante extrajudicial (BRASIL, 2022e).

Por outro lado, tão logo nomeado, o liquidante deverá exigir dos ex-administradores ou sócios a restituição do acervo documental e patrimonial da liquidanda, que eventualmente ainda esteja sob a sua guarda, além de lhes requisitar quaisquer informações que auxiliem no regular processamento da liquidação. Também poderá, com prévia e expressa autorização da ANS, ultimar os negócios pendentes, caso isso seja benéfico a liquidanda; onerar ou alienar os bens e direitos, mediante uma das modalidades de alienação do ativo admitidas nos arts. 140 e 142 da Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005³⁴; locar imóvel para sediar a liquidanda, quando isso for necessário para proteger seu acervo; e adotar qualquer forma ordinária ou extraordinária de realização do ativo, nos termos da “lei de falências” (BRASIL, 2022c).

Para mais, no decurso do processo da liquidação extrajudicial, o liquidante também terá a incumbência de providenciar o arquivamento da liquidação extrajudicial no órgão de registro em que a liquidanda estiver matriculada³⁵, fazendo inserir a expressão “em liquidação extrajudicial”³⁶; comunicar a perda do mandato

³⁴Art. 140. A alienação dos bens será realizada de uma das seguintes formas, observada a seguinte ordem de preferência:

- I – alienação da empresa, com a venda de seus estabelecimentos em bloco;
- II – alienação da empresa, com a venda de suas filiais ou unidades produtivas isoladamente;
- III – alienação em bloco dos bens que integram cada um dos estabelecimentos do devedor;
- IV – alienação dos bens individualmente considerados.

(...)

Art. 142. A alienação de bens dar-se-á por uma das seguintes modalidades:

- I – leilão eletrônico, presencial ou híbrido;

(...)

IV – processo competitivo organizado promovido por agente especializado e de reputação ilibada, cujo procedimento deverá ser detalhado em relatório anexo ao plano de realização do ativo ou ao plano de recuperação judicial, conforme o caso;

V – qualquer outra modalidade, desde que aprovada nos termos desta Lei.

BRASIL, Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005. Regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Edição Extra, Brasília, DF, p. 01, 09 fev. 2005.

³⁵ No caso das operadoras de planos de saúde, que foram constituídas na forma de sociedades empresariais e de cooperativas, o arquivamento da liquidação extrajudicial ocorrerá nas juntas comerciais. Para aquelas que foram constituídas como fundações ou associações, a liquidação extrajudicial será registrada no respectivo Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas (CUNHA, 2003; GONÇALVES, 2011; BRASIL, 2022c).

³⁶(...) *Atende-se, assim, à função primordial do registro público: preservar e dar publicidade a informações essenciais, preservando a segurança das relações interindividuais (...).*

MAMEDE, G. **Falência e Recuperação de Empresas**. 11º ed. São Paulo: Atlas, 2020, p. 299.

aos ex-administradores, com a averbação de sua nomeação no registro próprio; alterar as informações cadastrais perante a Receita Federal do Brasil; requerer a suspensão dos processos judiciais em que a liquidanda figura como demandada; solicitar, nas execuções fiscais movidas contra a liquidanda, que lhe seja entregue o produto resultante da alienação de bens penhorados, a fim de que se incorpore ao monte a ser distribuído, observadas as preferências e as forças da liquidanda; elaborar o rol de credores e, quando cabível, o quadro geral de credores; comunicar ao Ministério Público competente a existência de indícios de ilícitos penais praticados por ex-administradores, membros de Conselhos ou terceiros, que tiver ciência no curso da liquidação, encaminhando os elementos de prova; propor ação de integralização de capital social, quando este não estiver totalmente integralizado e o ativo não for suficiente para saldar o passivo; realizar as diligências necessárias ao célere desfecho da liquidação extrajudicial; apresentar à ANS relatórios mensais sobre a condução do regime liquidatário, devidamente instruídos, na forma estabelecida pela DIOPE; e praticar os demais atos determinados pela ANS (BRASIL, 2022c).

Outrossim, posteriormente a sua posse, no prazo de até 60 (sessenta) dias corridos, prorrogável se necessário, o liquidante apresentará à ANS um relatório³⁷ circunstanciado, onde conterà os dados sobre a situação patrimonial e econômico-financeira da liquidanda, em especial aqueles referentes à existência ou não de ativo realizável suficiente para o custeio da liquidação; a indicação, devidamente comprovada, dos atos e omissões danosos que eventualmente tenha verificado; e uma proposta fundamentada dirigida à ANS, para que lhe autorize prosseguir com a liquidação extrajudicial ou, a depender da situação evidenciada, requerer a falência ou insolvência civil da liquidanda (BRASIL, 2022c).

No caso do prosseguimento da liquidação extrajudicial ser autorizada pela ANS, o liquidante fará publicar no DOU e em jornal de grande circulação do local da sede da liquidanda, um aviso aos credores para que declarem os respectivos créditos, ficando dispensados deste encargo, os beneficiários e os prestadores de

³⁷Segundo Requião (1995), pode-se distinguir duas fases no processo de liquidação extrajudicial: a primeira, de natureza investigatória, que visa instaurar o processo e promover o levantamento das informações necessárias para a elaboração do relatório; enquanto a segunda fase se constitui na liquidação propriamente dita, destinando-se a realização do ativo e a liquidação do passivo, objetivando a extinção da instituição. O ponto divisório entre essas duas fases é o relatório do liquidante, do qual poderá resultar no prosseguimento da liquidação extrajudicial ou na decretação da falência.

serviços da rede assistencial, desde que seus respectivos créditos constem nos registros contábeis da liquidanda e sejam confirmados pelo liquidante. Esse prazo para declaração dos créditos não será inferior a 20 (vinte) nem superior a 40 (quarenta) dias da data da publicação. Não obedecido o prazo assinalado para declaração dos créditos, estes serão recebidos como retardatários³⁸ (BRASIL, 2022c).

Após a declaração prestada pelos credores, serão realizadas as devidas diligências, a fim de se atestar a legitimidade, o valor e a classificação dos créditos, cujo resultado deverá ser divulgado no prazo de até 60 (sessenta) dias, sendo os interessados notificados dessa decisão por escrito. Se houver discordância da decisão exarada, caberá recurso à DICOL no prazo de até 10 (dez) dias, sendo também notificado o liquidante para manifestar-se neste mesmo prazo acerca do recurso (BRASIL, 2022c).

Esgotados esses prazos e findados os julgamentos dos recursos, o liquidante organizará o quadro geral de credores e o publicará no DOU, bem como num jornal de grande circulação do local da sede da liquidanda, um aviso contendo o endereço eletrônico na internet, onde os interessados encontrarão o quadro geral de credores e o balanço geral da liquidanda (BRASIL, 2022c).

A partir desse momento, os credores e demais interessados terão 10 (dez) dias para impugnar o quadro de credores. A impugnação terá efeito suspensivo³⁹ e será entregue ao liquidante, o qual promoverá a notificação do credor cujo crédito tenha sido impugnado, para que ofereça, no prazo de até 05 (cinco) dias, alegações e provas que julgar convenientes à defesa de seus direitos. As alegações e as provas fornecidas pelo impugnado serão encaminhadas à DICOL, que deverá julgar a procedência da impugnação (BRASIL, 2022c).

³⁸No processo de falência, além de perder o direito de votar na assembleia geral de credores, a habilitação retardatária não garante ao credor o direito de participar dos pagamentos feitos à sua classe, se realizados antes da apresentação da habilitação, bem como aos acessórios incidentes (SACRAMONE, 2021). Contudo, na liquidação extrajudicial de operadoras de planos privados de assistência à saúde, apenas será possível observar o segundo efeito, uma vez que não há previsão na RN n° 522, de 29 de abril de 2022, para instalação de uma assembleia geral de credores, no bojo deste processo.

³⁹Não há previsão expressa na Lei n° 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, nem na Lei n° 6.024, de 13 de março de 1974, conferindo efeito suspensivo à impugnação dos créditos enumerados no quadro geral de credores provisório, sendo esta, uma especificidade do processo de liquidação extrajudicial de operadoras de planos privados de assistência à saúde, introduzida pela RN n° 522, de 29 de abril de 2022.

Após o julgamento, havendo alguma modificação no quadro geral de credores, o liquidante lhe dará ampla publicidade na imprensa oficial bem como na local, uma vez que este será considerado definitivo. Contudo, caso algum credor se sinta prejudicado pela decisão exarada pela DICOL, poderá prosseguir com as ações judiciais que tenham sido suspensas por força da decretação da liquidação extrajudicial, desde que deem ciência do fato ao liquidante, para que este reserve fundos suficientes à eventual satisfação dos respectivos pedidos, no prazo de até 30 (trinta) dias dessa última decisão, sob pena de decadência (BRASIL, 2022c).

O quadro de credores será organizado conforme disciplinado pelo art. 83, da “lei de falências”, dando a seguinte ordem de preferência para pagamento: créditos derivados da legislação trabalhista, limitados a 150 (cento e cinquenta) salários-mínimos por credor, e aqueles decorrentes de acidentes de trabalho; os créditos gravados com direito real de garantia até o limite do valor do bem gravado; os créditos tributários, independentemente da sua natureza e do tempo de constituição, exceto os créditos extraconcursais e as multas tributárias; os créditos quirografários, considerando estes como aqueles que não estejam albergados nas classes preferenciais anteriores, os saldos dos créditos não cobertos pelo produto da alienação dos bens vinculados ao seu pagamento e os saldos dos créditos derivados da legislação trabalhista que excederem o limite de 150 (cento e cinquenta) salários-mínimos por credor; as multas contratuais e as penas pecuniárias por infração das leis penais ou administrativas, incluídas as multas tributárias; os créditos subordinados, sejam eles decorrentes de leis ou contratos sejam os créditos dos sócios e dos administradores sem vínculo empregatício, cuja contratação não tenha observado as condições estritamente comutativas e as práticas de mercado; e os decorrentes de juros vencidos após a decretação da liquidação extrajudicial (BRASIL, 2005; BRASIL, 2022c).

Adicionalmente a isso, há que se conferir uma prioridade superior aos créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde, os quais irão preferir a todos os demais, com exceção aos de natureza trabalhista e tributários, conforme determina o art. 24-C⁴⁰, da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 1998).

⁴⁰Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.

Para mais, convém mencionar que, nos casos de descoberta de falsidade, dolo, simulação, fraude, erro essencial, ou de documentos ignorados na época do julgamento dos créditos, o liquidante ou qualquer credor admitido poderá pedir à DICOL, até o encerramento da liquidação extrajudicial, a exclusão, uma outra classificação ou a retificação de qualquer crédito (BRASIL, 2022c).

Findada a estruturação do quadro de credores, proceder-se-á a realização de todo o ativo por qualquer forma, seja ordinária seja extraordinária, disposta na “lei de falências”, e a distribuição do produto resultante entre os credores; ficando o liquidante obrigado a apresentar as contas relativas à liquidação extrajudicial no prazo de até 30 (trinta) dias, as quais serão submetidas à apreciação da DICOL, que aplicará as disposições constantes no art. 154⁴¹, da Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, no julgamento dessas contas (BRASIL, 2022c).

Aprovadas as contas do liquidante e efetivada a baixa do registro da liquidanda no registro competente, tem-se por concluído, o processo regular de liquidação extrajudicial de uma operadora de planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2022c).

BRASIL, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

⁴¹Art. 154. Concluída a realização de todo o ativo, e distribuído o produto entre os credores, o administrador judicial apresentará suas contas ao juiz no prazo de 30 (trinta) dias.

§ 1º As contas, acompanhadas dos documentos comprobatórios, serão prestadas em autos apartados que, ao final, serão apensados aos autos da falência.

§ 2º O juiz ordenará a publicação de aviso de que as contas foram entregues e se encontram à disposição dos interessados, que poderão impugná-las no prazo de 10 (dez) dias.

§ 3º Decorrido o prazo do aviso e realizadas as diligências necessárias à apuração dos fatos, o juiz intimará o Ministério Público para manifestar-se no prazo de 5 (cinco) dias, findo o qual o administrador judicial será ouvido se houver impugnação ou parecer contrário do Ministério Público.

§ 4º Cumpridas as providências previstas nos §§ 2º e 3º deste artigo, o juiz julgará as contas por sentença.

§ 5º A sentença que rejeitar as contas do administrador judicial fixará suas responsabilidades, poderá determinar a indisponibilidade ou o sequestro de bens e servirá como título executivo para indenização da massa.

§ 6º Da sentença cabe apelação.

BRASIL, Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005. Regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Edição Extra, Brasília, DF, p. 01, 09 fev. 2005.

3.4 A convolação da liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde em falência ou em insolvência civil.

Embora a “lei de falências” e a “lei dos planos de saúde” apartarem, aprioristicamente, as operadoras de planos privados de assistência à saúde do processo falimentar, tem-se que este afastamento não é absoluto, uma vez que, por força do art. 23⁴², da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998, é possível que tais instituições se sujeitem à falência ou à insolvência civil, desde que seja vislumbrada, no curso da liquidação extrajudicial, uma das seguintes situações: insuficiência do ativo da massa liquidanda para pagamento de pelo menos metade dos créditos quirografários; insuficiência do ativo realizável da massa liquidanda para custear as despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou nas hipóteses de fundados indícios de condutas tipificadas como crimes falimentares, dispostas nos arts.168, 171, 172, 173, 175 e 178, da Lei n° 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, exceto, neste caso, se a liquidanda possuir ativos suficientes para o pagamento dos credores (BRASIL, 1998; CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018; SACRAMONE, 2021).

A justificativa para adoção desse tratamento legal diferenciado decorre da relevância socioeconômica das atividades desenvolvidas por essas entidades, as quais estão relacionadas, sobretudo, à garantia de acesso aos serviços de assistência à saúde pelos beneficiários. Tal fato resultou numa legislação mais restritiva, pela qual se condicionou o processo falimentar à condução prévia, por parte do ente regulador setorial, de um processo administrativo, neste caso a liquidação extrajudicial, pelo qual o liquidante poderá ser autorizado à requerer a decretação da falência ou insolvência civil das liquidandas, quando identificada

⁴²Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1° As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial;

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei n° 7.661, de 21 de junho de 1945.

BRASIL, Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

alguma daquelas circunstâncias supracitas, no relatório por ele exarado⁴³ no curso do processo liquidatário, conforme a lei específica aplicável (BRASIL, 1998; MAMEDE, 2020; SACRAMONE, 2021; BRASIL, 2022c).

Por outro lado, em consequência disso, as operadoras de planos privados de assistência à saúde também são impossibilitadas de pleitear os benefícios da recuperação judicial e extrajudicial; os credores ficam impedidos de formular pedido de decretação de falência da devedora; e, tanto os administradores quanto os sócios da pessoa jurídica, não podem requerer a autofalência (CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018; SACRAMONE, 2021).

Neste diapasão, para aquelas operadoras de planos privados de assistência à saúde sem fins lucrativos, como ocorre com as entidades filantrópicas e com as autogestões, geralmente constituídas na forma de associações ou fundações, o liquidante será autorizado a requerer a insolvência cível perante o juízo do domicílio da liquidanda, a qual seguirá o rito procedimental disposto nos arts. 748 ao 786-A, da Lei n° 5.869, de 11 de janeiro de 1973, “Código de Processo Civil de 1973” (CPC/1973), em vista da determinação contida no art. 1.052⁴⁴, da Lei n° 13.105, de 16 de março de 2015, o atual Código de Processo Civil Brasileiro (CPC/2015) (BRASIL, 1973; CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018; BRASIL, 2015).

Em contrapartida, para as operadoras de planos privados de assistência à saúde constituídas na forma de sociedades empresariais, será concedida autorização para que o liquidante requeira a falência da liquidanda perante o juízo do local do seu principal estabelecimento; ou, no caso da sede se encontrar no exterior, daquele local onde funcione a filial em território brasileiro e, neste caso, havendo mais de uma, na comarca da mais importante, seguindo as disposições da

⁴³Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

(...)

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

BRASIL, Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

⁴⁴Art. 1.052. Até a edição de lei específica, as execuções contra devedor insolvente, em curso ou que venham a ser propostas, permanecem reguladas pelo Livro II, Título IV, da Lei n° 5.869, de 11 de janeiro de 1973.

BRASIL, Lei n° 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília-DF, p. 1, 17 mar. 2015.

“lei de falências” para o seu processamento (CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018; SACRAMONE, 2021).

Todavia, em se tratando de cooperativas classificadas como operadoras de planos de saúde médicos e odontológicos, há divergências de entendimentos doutrinários, quanto a submissão ou não dessas instituições ao processo falimentar (CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018).

Segundo Tomazette (2021), por serem classificadas como sociedades simples, independente da atividade exercida, pelo art. 982, parágrafo único, da Lei n° 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – o “Código Civil de 2002” (CC/2002), de maneira geral, as cooperativas não estariam sujeitas à falência.

Nesta mesma linha seguem Coelho (2015), Chagas (2018), Mamede (2020) e Sacramone (2021). Indo além, este último autor assevera que, apesar de poderem desempenhar, excepcionalmente, atividades econômicas, as cooperativas não possuem os demais requisitos para serem consideradas sociedades empresárias, uma vez que não desenvolvem tais atividades objetivando a distribuição de resultados. Ressalta ainda que o próprio art. 4º, da Lei n° 5.764, de 16 de dezembro de 1971, dispõe que as cooperativas são sociedades voltadas à prestação de serviços aos seus associados, cuja atividade econômica desenvolvida visa ao proveito comum dos cooperados e não à obtenção do lucro. Por isso, não poderiam se submeter à recuperação ou ter a falência decretada.

Por outro lado, para Cunha (2003), as cooperativas de planos de saúde médicos e odontológicos teriam sido qualificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde pela “lei dos planos de saúde”, cuja atividade de comercialização desses planos seria equiparada à atividade mercantil. Por conta disso, deveria ser seguida a mesma unidade de pensamento abraçada para a cobrança de tributos das cooperativas, qual seja: naquilo que diz respeito à prática de atos cooperativos⁴⁵, não haveria que se falar em processo falimentar; porém, no que concerne as atividades de operação e comercialização de planos privados de

⁴⁵Art. 79. Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais.

Parágrafo único. O ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria.

BRASIL. Lei n° 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 159, 16 dez. 1971.

assistência à saúde, essas cooperativas deveriam ser equiparadas às sociedades empresárias e, portanto, estariam sujeitas à falência.

Contudo, o entendimento jurisprudencial⁴⁶ assentado tende a seguir a doutrina majoritária, no sentido de que as cooperativas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde devem se sujeitar à insolvência civil, mantendo a aplicação subsidiária da “lei de falências” (CASAGRANDE; TIBÚRCIO, 2018).

Por fim, cabe reportar ainda que, para os casos de liquidação extrajudicial por extensão, na qual a liquidanda principal seja uma cooperativa e as demais sejam sociedades empresárias, havendo assim a possibilidade de ritos distintos de falência ou insolvência civil, o art. 25, § 7º, da RN nº 522, de 29 de abril de 2022⁴⁷, determina que o liquidante requeira a convolação de todas as liquidações em falência (BRASIL, 2022c).

3.5 A apuração de responsabilidade dos administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A responsabilidade dos administradores e dos membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de planos privados de assistência à saúde tem caráter solidário e decorrerá dos

⁴⁶INSOLVÊNCIA CIVIL – COOPERATIVA OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – Possibilidade de aplicação subsidiária da Lei 11.101/2005 - Inteligência do art. 1º, II e § 2º, art. 23, §1º e art. 24-D, da Lei 9.656/98 - Agravantes que pretendem a declaração de nulidade de todos os atos praticados após a nomeação do administrador judicial, sob o fundamento de que houve violação ao disposto no art. 761, do CPC/73 - Descabimento - Nomeação que ocorreu em sentença transitada em julgado e foi devidamente justificada pelo d. juízo a quo - Ausência de ilegalidade patente a justificar a medida pretendida pelos recorrentes - RECURSO NÃO PROVIDO. BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO – TJSP. **Agravo de Instrumento 2028481-07.2021.8.26.0000**, Rel. Renato Rangel Desinano, 11ª Câmara de Direito Privado, Foro de Bragança Paulista - 3ª Vara Cível, julgado em 24 mar. 2022, DJe. 24 mar. 2022.

⁴⁷Art. 25. A liquidação extrajudicial poderá ser decretada por extensão sobre pessoas jurídicas que tenham integração de atividade ou vínculo de interesse com a liquidanda, ainda que não atuem no mercado da saúde complementar.

(...)

§ 7º Na hipótese de operadora e estendidas se sujeitarem a ritos distintos de falência ou insolvência civil, deverá o liquidante requerer a conversão das liquidações em falência. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 522, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, n. 83, Seção 1, p. 507, 04 maio 2022c.

prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por consequência do descumprimento da legislação pertinente e demais normas regulatórias setoriais, por força do art. 26, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998⁴⁸ (BRASIL, 1998).

Por conta disso e a fim de garantir o ressarcimento dos potenciais lesados, o art. 24-A, da “lei dos planos de saúde”, determina a imediata indisponibilização dos bens dos administradores, a partir do momento em que houver sido instaurado o regime especial de direção fiscal ou decretada a liquidação extrajudicial, e a sua manutenção no caso de convocação da liquidação extrajudicial em falência, até a finalização da apuração das responsabilidades e quitação de eventuais obrigações. Tal medida também alcança aqueles que tenham desempenhado essa função nos últimos 12 (doze) meses e poderá ser estendida, seja de ofício pela ANS seja por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, aos gerentes, conselheiros e demais pessoas que tenham concorrido para instituição da crise, bem como aos bens adquiridos por terceiros, durante o aludido período (BRASIL, 1998; TOMAZETTE, 2021; BRASIL, 2022c).

Todavia, a indisponibilização de bens deverá preservar aqueles considerados inalienáveis e impenhoráveis pela legislação vigente, como também os que foram objeto de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, cujos respectivos instrumentos tenham sido levados ao Registro Público em data anterior a instauração do regime especial de liquidação extrajudicial ou da decretação da liquidação extrajudicial (REQUIÃO, 1995; TOMAZETTE, 2021; BRASIL, 2022c).

Neste contexto, caberá à DIOPE comunicar aos órgãos e entidades competentes, bem como as instituições financeiras, acerca da indisponibilidade dos bens. Além disso, os interessados que, porventura, tenham seus bens gravados poderão requerer à ANS o levantamento do gravame, desde que comprovem a qualidade de interessado e os fatos alegados no respectivo pedido, que os excluam dessa medida legal (BRASIL, 2022c).

⁴⁸Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.

BRASIL, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 01, 04 jun. 1998.

Entretanto, em que pese a indisponibilidade dos bens se constituir numa imposição legal automática, cujo rigor se justifica pelo objetivo de desestimular atos irregulares e fraudulentos praticados na gestão da sociedade, faz-se necessária a instauração de um inquérito administrativo para apuração das causas que levaram a operadora de planos de saúde à liquidação, falência ou insolvência, bem como para averiguar a existência e o grau de responsabilidade dos administradores e demais envolvidos que tenham concorrido para a instauração da crise, haja vista que, o relatório final do inquérito administrativo, também servirá para fundamentar o arresto judicial dos bens indisponibilizados (BRASIL, 1974; REQUIÃO, 1995; BRASIL, 2022c; BRASIL, 2022f).

No caso da ANS, o regimento interno atribui competência privativa ao Presidente da Agência, para instaurar a comissão de inquérito com finalidade de apuração das causas e responsabilidades, relativas à liquidação, falência ou insolvência das operadoras de planos privados de assistência à saúde, cuja condução fica à cargo da Coordenadoria de Inquéritos (COINQ) (BRASIL, 2022f).

Por sua vez, a COINQ procede o inquérito administrativo seguindo as disposições gerais contidas nos arts. 41 a 45, da Lei n° 6.024 de 13 de março de 1974, aplicados por força do art. 26-D, da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998. Além disso, a RN n° 276, de 3 de novembro de 2011, estabelece os procedimentos a serem observados pela COINQ, na execução do inquérito administrativo (BRASIL, 2011; BRASIL, 2022c).

O inquérito administrativo no bojo da ANS é composto por 08 (oito) etapas, a saber: abertura do inquérito administrativo, que ocorre imediatamente à decretação da liquidação extrajudicial, ao recebimento da comunicação da falência ou da insolvência civil; instrução processual; intimação dos ex-administradores da operadora sobre a abertura do inquérito administrativo; relatório preliminar de apuração; intimação dos ex-administradores da operadora para alegações; diligências finais, se necessárias; relatório de conclusão do inquérito administrativo; e encerramento do inquérito administrativo (BRASIL, 2011).

Na etapa de instrução processual será analisada toda a contabilidade, documentação e informações relevantes, como também os autos do processo de falência, e poderá haver requisição de informações para outros órgãos ou entidades públicas, inclusive do juízo falimentar e do Ministério Público, bem como haverá a tomada de depoimentos. Durante todo esse processo é facultado aos investigados

acompanhar os atos, oferecer documentos e indicar diligências (BRASIL, 1974; BRASIL, 2011).

Em seguida, será emitido um relatório preliminar, do qual os investigados serão notificados para apresentar, por escrito, suas alegações e explicações, num prazo comum de até 05 (cinco) dias. Recebida ou não a manifestação dos interessados no prazo assinalado e feitas, caso necessárias, as diligências finais, a COINQ procederá a elaboração do relatório conclusivo do inquérito administrativo, no qual constarão, em síntese: a situação da entidade examinada; as causas da crise; o nome, a quantificação e a relação dos bens particulares dos que, nos últimos 05 (cinco) anos, geriram a sociedade, bem como o montante ou a estimativa dos prejuízos apurados em cada gestão (BRASIL, 1974; BRASIL, 2011).

O relatório conclusivo do inquérito administrativo será submetido a DICOL, a qual deliberará pelo arquivamento do processo do procedimento apuratório, caso não reste configurada a reponsabilidade dos investigados pela liquidação extrajudicial, ou, em se tratando de falência ou insolvência civil, comunicará ao juízo competente e, também, autorizará o levantamento da indisponibilidade dos bens. Por outro lado, concluindo o inquérito administrativo pela existência de responsabilidade, a DICOL determinará a remessa do relatório ao juízo da falência ou da insolvência civil, comunicando o fato ao respectivo Ministério Público Estadual (BRASIL, 2011).

Ao Ministério Público Estadual competirá promover a ação de responsabilidade perante o juízo da falência ou da insolvência civil, a qual, sendo julgada procedente, ensejará na conversão da indisponibilidade em penhora dos bens gravados, no curso do processo de execução, e os valores apurados pela alienação judicial dos ativos serão entregues ao liquidante, para rateio entre os credores (REQUIÃO, 1995).

Para além da responsabilidade civil, apurada através do inquérito administrativo, os antigos administradores e demais investigados poderão responder penalmente, se forem constatados indícios de crimes falimentares. Neste caso, haverá a comunicação ao Ministério Público Estadual, para que possa promover a ação penal cabível (BRASIL, 1974; BRASIL, 2022c).

4 A controvérsia pós-reforma da “lei de falências”, sobre a possibilidade das cooperativas médicas, classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde, requererem a recuperação judicial.

A Lei nº 14.112, de 24 de dezembro de 2020, promoveu alterações na Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005; na Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002; e na Lei nº 8.929, de 22 de agosto de 1994; com o intuito de proporcionar a atualização da legislação referente à recuperação judicial, recuperação extrajudicial e falência do empresário bem como da sociedade empresária (BRASIL, 2005; BRASIL, 2020).

Dentre as modificações realizadas pela referida lei, especificamente para o mercado de saúde suplementar, destaca-se a inclusão do §13⁴⁹ ao art. 6º da “lei de falências”, pelo qual foi conferido um tratamento diferenciado as cooperativas médicas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde. Pois, além de ter excluído os créditos oriundos dos atos cooperativos dos efeitos da recuperação judicial, também afastou a vedação disposta no art. 2º, inciso II, da Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, e, por conseguinte, teria atribuído capacidade ativa à essas entidades para requerer a recuperação judicial (BRASIL, 2020; SACRAMONE, 2021).

Entretanto, a inserção do aludido dispositivo legal é motivo de controvérsias, sobretudo pelo fato das cooperativas, de maneira geral, não se submeterem ao regime falimentar, dada as suas características inerentes e, também, por força do art. 1º, da “lei de falências”, que permaneceu em vigor, e cujo conteúdo restringe a aplicação dos institutos da recuperação judicial, da recuperação extrajudicial e da falência ao empresário e à sociedade empresária (SACRAMONE, 2021).

Neste contexto, Moreira (2021) assevera que a própria estrutura do §13º carece de nexo lógico, haja vista que, enquanto a primeira parte cuida da exclusão

⁴⁹Art. 6º A decretação da falência ou o deferimento do processamento da recuperação judicial implica:

(...)

§ 13. Não se sujeitam aos efeitos da recuperação judicial os contratos e obrigações decorrentes dos atos cooperativos praticados pelas sociedades cooperativas com seus cooperados, na forma do art. 79 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, consequentemente, não se aplicando a vedação contida no inciso II do art. 2º quando a sociedade operadora de plano de assistência à saúde for cooperativa médica.

BRASIL, Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005. Regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Edição Extra, Brasília, DF, p. 01, 09 fev. 2005.

dos créditos decorrentes dos atos cooperativos dos efeitos da recuperação judicial, a segunda afasta a vedação contida no inciso II, do art. 2º, da mesma Lei, como consequência do comando anterior. Contudo, em termos gramaticais, “consequentemente” seria uma conjunção (conclusiva ou ilativa), e, por isso, não haveria nenhuma relação com a primeira oração do parágrafo. Assim, a exclusão do crédito cooperativo (primeira parte) não se afeiçoaria, nem longinquamente, com a legitimidade ativa assegurada pela segunda parte do dispositivo.

Em contraponto à essas acepções e sem adentrar na seara da inadequação da técnica legislativa, Loques *et al* (2020) defendem a aplicação da recuperação judicial para as cooperativas de grande porte econômico, tais como as cooperativas médicas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde. Isto porque, além do porte econômico, por trabalharem diretamente com a tutela do direito à saúde, o instituto da recuperação judicial serviria como uma espécie de instrumento hábil para a efetivação desse direito fundamental, na medida em que teria o condão de auxiliar na superação da crise econômico-financeira dessas operadoras e, consequentemente, na manutenção da garantia assistencial dos beneficiários.

Todavia, independente dessas questiúnculas, o Poder Judiciário vem decidindo pela possibilidade de se conceder a recuperação judicial para cooperativas médicas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2018; BRASIL, 2020; BRASIL, 2021).

Inclusive, antes mesmo da alteração da “lei de falências”, promovida Lei nº 14.112, de 24 de dezembro de 2020, já havia decisões judiciais neste sentido, como foi o caso da Unimed Petrópolis Cooperativa de Trabalho Médico LTDA, no qual o Juízo da 4º Vara Cível da Comarca de Petrópolis, do Tribunal de Justiça do Estado Rio de Janeiro - TJRJ, em 18 de outubro de 2018, a *contrario sensu* do parecer exarado pelo Ministério Público Estadual, deferiu o pedido de recuperação judicial da cooperativa médica, por entender que a mesma desenvolvia atividades empresariais e de natureza econômica, pelo fato de comercializar planos privados de assistência à saúde, e, portanto, estaria albergada pela Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005⁵⁰ (BRASIL, 2018).

⁵⁰Neste contexto, rechaçando o “parecer” ministerial, declaro que a postulação de Unimed Petrópolis Cooperativa de Trabalho Médico merece ser acolhida porque o critério de “empresariabilidade” e a “natureza econômica” que são vetores identitários de sua atividade conformam “carta de alforria” à

Nesta mesma toada, também foi concedida a recuperação judicial da Unimed Manaus Cooperativa de Trabalho Médico LTDA, em 18 de dezembro de 2020, pelo Juízo da 16ª Vara Cível e de Acidentes de Trabalho da Comarca de Manaus, do Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas - TJAM, o qual, de maneira semelhante ao julgador anterior, reconheceu o caráter empresarial das atividades desenvolvidas pela requerente, acrescentando o interesse social pela manutenção da cadeia econômica/produtiva/distributiva, uma vez que tratar-se-ia de um modelo de negócio fundado na prestação de assistência à saúde⁵¹ (BRASIL, 2020).

No entanto, mais recentemente, em 27 de abril de 2021, o Juízo da Vara de Feitos Especiais da Capital, do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba - TJPB, atendeu ao requerimento da Unimed Norte/Nordeste – Federação Interfederativa das Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico LTDA, utilizando como fulcro, além das jurisprudências anteriores, o art. 6º, §13, da Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, o qual, na visão do Magistrado, seria claro e não suscitaria quaisquer dúvidas sobre a possibilidade de se deferir a recuperação judicial às sociedades cooperativas médicas classificadas como operadora de plano de saúde, que estejam em crise, após a reforma desse dispositivo legal⁵² (BRASIL, 2021).

aplicação das regras que seguramente norteiam o instituto da "recuperação judicial", na forma e extensão concebidas pela Lei 11101/05.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – TJRJ. **Sentença: Processo nº 0022156-21.2018.8.19.0042.** Juiz Jorge Luiz Martins Alves, 4ª Vara Cível da Comarca de Petrópolis. DJe 18 out. 2018.

⁵¹*No que concerne ao tipo societário da UNIMED Manaus, ser cooperativa, esta compõe o “Grupo Unimed Manaus”, resta claro que há atividade econômica organizada visando lucro, gerando empregos e recolhendo tributos – o que lhe dá, subjetivamente, nuance de empresa; merecendo assim ser coberta pelo manto da Recuperação Judicial para que seja oportunizado seu soerguimento, que aliás, interessa a todos, e somente será possível observando-se o princípio da preservação e continuidade da empresa, para que a empresa em recuperação judicial volte a ser fonte de empregos e riquezas. Ademais, é uma das formas de proporcionar ao devedor a sua recuperação objetivando a preservação da atividade econômica, a manutenção da cadeia econômica/produtiva/distributiva, aliado ao elevado interesse social, notadamente por se tratar, no caso, de atividade de relevante interesse e cunho social como é a saúde como demonstrado pela requerente na peça vestibular.*

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS – TJAM. **Sentença: Processo nº 0762451-34.2020.8.04.0001.** Juiz Abraham Peixoto Campos Filho, 16ª Vara Cível e de Acidentes de Trabalho da Comarca de Manaus. Jugado em 18 dez. 2020, DJe. de 07 jan. 2021.

⁵²*A Lei é verdadeiramente clara. Após a reforma, não há qualquer dúvida sobre a possibilidade de se deferir a recuperação judicial às sociedades cooperativas médicas operadora de plano de saúde que estejam em crise.*

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA – TJPB. **Sentença: Processo nº 0812924-95.2021.8.15.2001.** Juiz Romero Carneiro Feitosa, Vara de Feitos Especiais da Capital, julgado em 27 abr. 2021.

À vista de tudo isso, em que pese as divergências de opiniões doutrinárias e as questões relacionadas à inadequação da técnica legislativa, presume-se ser muito provável que o Poder Judiciário, assim como já fez no passado, permaneça acolhendo os requerimentos de recuperação judicial das cooperativas médicas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde, contudo, sem maiores reservas a partir da reforma na “lei de falências”, por entender que o art. 6º, §13, da Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, conferiu legitimidade ativa para essas entidades.

5 Conclusão

A liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde tem como objetivo promover a retirada ordenada daquelas entidades, que não satisfazem os requisitos regulatórios e de desempenho econômico mínimos para se manterem ativas no mercado de saúde suplementar.

Contudo, trata-se de um processo complexo e peculiar, seja pela questão do rito *per se*, cuja normatização se dá em nível infralegal, em decorrência da competência atribuída à ANS para regulamentar e conduzir o procedimento liquidatário, restando subsidiária a aplicação dos preceitos elencados na “lei de falências”, na “lei de liquidação extrajudicial de instituições financeiras”, além de outros dispositivos legais pertinentes; seja pela natureza do próprio modelo de negócio, o qual está relacionado à assistência à saúde, que corresponde a um direito fundamental ostensivamente resguardado pela CRFB/1988, e que fatalmente sofre repercussões no decorrer desse processo.

Outro ponto relevante é a heterogeneidade das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no que concerne a modalidade pela qual fora constituída. No mercado de saúde suplementar há pessoas jurídicas reguladas constituídas na forma de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou, ainda, entidades de autogestão, estas últimas, geralmente, na forma de associações ou fundações.

Sendo assim, conforme a modalidade de constituição da liquidanda, o processo pode vir a ser convolado em falência ou insolvência civil, o que atrairá em maior ou menor intensidade a aplicação subsidiária da Lei 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, que regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária; da Lei 6.024, de 13 de março de 1974, que dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras; ou mesmo do Código de Processo Civil de 1973, naquilo que diz respeito ao processamento da insolvência civil. Outrossim, a depender dos casos, os atos decorrentes do processo liquidatários deverão ser arquivados na Junta Comercial competente ou registrados no respectivo Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

Para mais, com as alterações da “lei de falências”, promovidas pela Lei nº 14.112, de 24 de dezembro de 2020, especialmente no que tange a inserção do §13 no art. 6º da “lei de falências”, vislumbra-se um frutífero cenário para requerimentos

de recuperação judicial, por parte das cooperativas médicas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Pois, mesmo antes da citada reforma na “lei de falência”, o Poder Judiciário já vinha dando sinais positivos acerca da possibilidade de deferimento do aludido instituto, tanto pelo reconhecimento da atividade empresarial desempenhada por essas entidades quanto pelo fundamento do interesse social.

Todavia, numa decisão recente, “pós-reforma” da lei falimentar, restou consignado, que há uma tendência em potencial no Poder Judiciário, para deferir o regime de recuperação judicial às cooperativas médicas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde, agora não somente pelo reconhecimento da atividade empresarial desempenhada por essas entidades ou pelo fundamento do interesse social, mas por entender que o art. 6º, §13, da Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, conferiu legitimidade ativa para essas entidades.

Por fim, cabe salientar que a aludida reforma na “lei de falência” é um fenômeno relativamente novo, cujos efeitos ainda estão se aperfeiçoando na esfera jurídica, principalmente no que diz respeito à sujeição das cooperativas médicas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde ao regime de recuperação judicial.

Por isso, mantendo-se na legislação essa nova previsão, não está muito claro se haverá a necessidade de promover adaptações nas Resoluções Normativas vigentes, para fazer frente a este novo cenário em potencial, sobretudo, naquelas normas que cuidam do acompanhamento econômico-financeiro, da direção fiscal e da própria liquidação extrajudicial, uma vez que poderá ser necessário prever mais um tipo de desfecho ou etapas intermediárias, para momentos de enfrentamento das crises instauradas no âmbito das cooperativas médicas classificadas como operadoras de planos privados de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

BRAGANÇA, C. G.; PINHEIRO, L. E. T.; BRESSAN, V. G. F.; SOARES, L. A. C. F. Liquidação de operadoras de planos de assistência à saúde no Brasil. **Enfoque: Reflexão Contábil**, n. 38(2), p. 33-47, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadorias e pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 10.859, 13 abr. 1923.

BRASIL. Decreto nº 3.327, de 05 de janeiro de 2000. Aprova o regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 2, 06 jan. 2000a.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 159, 16 dez. 1971.

BRASIL, Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Código de Processo Civil (Lei Buzaid). **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 573, 17 jan. 1973.

BRASIL, Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974. Dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 2.865, 14 mar. 1974.

BRASIL, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 01, 04 jun. 1998.

BRASIL, Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, edição extra, p. 05, 29 jan. 2000b.

BRASIL, Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000. Dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 6, 19 jul. 2000c.

BRASIL, Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 1, 11 jan. 2002.

BRASIL, Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005. Regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 01, 09 fev. 2005.

BRASIL, Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 1, 17 mar. 2015.

BRASIL, Lei nº 14.112, de 24 de dezembro de 2020. Altera as Leis nºs 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, 10.522, de 19 de julho de 2002, e 8.929, de 22 de agosto de 1994, para atualizar a legislação referente à recuperação judicial, à recuperação extrajudicial e à falência do empresário e da sociedade empresária. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 3, 30 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 27 abr. 2022a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: 2001, 35p. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans2.pdf>. Acesso em 28 abr. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 85, de 7 de dezembro 2004. Dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 235, Seção 1, p. 50, 8 dez. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 173, de 10 de julho de 2008. Dispõe sobre a versão XML (*Extensible Markup Language*) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS, cria a obrigatoriedade do envio mensal do Demonstrativo dos Fluxos de Caixa. **Diário Oficial da União**, n. 132, Seção 1, p. 46, 11 jul. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 276, de 3 de novembro de 2011. Estabelece procedimentos a serem observados nos inquéritos administrativos aplicados à liquidação extrajudicial das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, por força do art. 24-D, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**, nº 212, Seção 1, p. 31, 4 nov. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre os parâmetros e procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde e de monitoramento estratégico do mercado de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, n. 38, Seção 1, p. 32, 26 fev. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN nº 451, de 06 de março de 2020. Dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde; revoga a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007, da DIOPE; e altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, a RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, e a RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016. **Diário Oficial da União**, n. 49, Seção 1, p. 188, 12 mar. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa – RN n° 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no art. 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. **Diário Oficial da União**, n. 40, Seção 1, p. 115, 02 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN n° 472, de 29 de setembro de 2021. Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde e as administradoras de benefícios; altera a RN n° 173, de 10 de julho de 2008, a RN n° 400, de 25 de fevereiro de 2016, e a RN n° 451, de 6 de março de 2020; e revoga a RN n° 227, de 19 de agosto de 2010, a RN n° 435, de 23 de novembro de 2018, a RN n° 446, de 1º de novembro de 2019, e a Instrução Normativa - IN n° 45, de 15 de dezembro de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras. **Diário Oficial da União**, n. 190, Seção 1, p. 99, 06 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN n° 485, de 29 de março de 2022. Dispõe sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o regime especial de Direção Técnica, no âmbito do setor de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, n. 62, Seção 1, p. 306, 31 mar. 2022b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN n° 522, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, n. 83, Seção 1, p. 507, 04 maio 2022c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN n° 523, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea "e" do inciso XLI do art. 4º da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial da União**, n. 83, Seção 1, p. 511, 04 maio 2022d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa – RN n° 524, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre a designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante; sobre as despesas com a execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial; e revoga a RN n° 300, de 19 de julho de 2012, que dispõe, em especial, sobre a remuneração de profissionais designados para exercer o encargo de Diretor Fiscal, de Diretor Técnico e de Liquidante. **Diário Oficial da União**, n. 83, Seção 1, p. 512, 04 maio 2022e.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Regimental – RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022. Dispõe sobre o Regulamento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Diário Oficial da União**, n. 21, Seção 1, p. 223, 31 jan. 2022f.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - STJ. **AgInt no AREsp nº 902.085/SP**, Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 16 fev. 2017, DJe. de 06 mar. 2017.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - STJ. **AgInt no REsp nº 1.715.032/SC**, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 24 abr. 2018, DJe. de 03 maio 2018.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - STJ. **AgInt no AREsp nº 1.349.957/RS**, Rel. Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 27 maio 2019, DJe. de 03 jun. 2019.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - STJ. **AgInt no AREsp nº 1.100.512/MG**, Rel. Ministra Assusete Magalhães, Segunda Turma, julgado em 21 nov. 2019, DJe. de 29 nov. 2019.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS – TJAM. **Sentença: Processo nº 0762451-34.2020.8.04.0001**. Juiz Abraham Peixoto Campos Filho, 16º Vara Cível e de Acidentes de Trabalho da Comarca de Manaus. Julgado em 18 dez. 2020, Dje. de 07 jan. 2021.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA – TJPB. **Sentença: Processo nº 0812924-95.2021.8.15.2001**. Juiz Romero Carneiro Feitosa, Vara de Feitos Especiais da Capital, julgado em 27 abr. 2021.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – TJRJ. **Sentença: Processo nº 0022156-21.2018.8.19.0042**, Juiz Jorge Luiz Martins Alves, 4º Vara Cível da Comarca de Petrópolis, julgado em 18 out. 2018.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO – TJSP. **Agravo de Instrumento 2028481-07.2021.8.26.0000**, Rel. Renato Rangel Desinano, 11ª Câmara de Direito Privado, Foro de Bragança Paulista - 3ª Vara Cível, julgado em 24 mar. 2022, DJe 24 mar. 2022g.

CAMPOS, H. A. Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. **Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização**. Brasília: v. 5, n. 2, p. 281-303, 2008.

CARLINI, A. **Fundamentos de Planos e Seguros Saúde**. Rio de Janeiro: FenaSaúde, 2016. Disponível em <<https://fenasaude.org.br/publicacoes/fundamentos-dos-planos-e-seguros-de-saude-mutualismo-pacto-intergeracional-risco-moral-e-selecao.html>>. Acesso em 28 abr. 2022.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2167-2177, 2007.

CARVALHO, M. **Manual de Direito Administrativo**. 9° ed. São Paulo: *Juspodivm*, 2021, 1.488 p.

CASAGRANDE, C. L.; TIBÚRCIO, D. R. A intercalação administrativa na regulação da saúde suplementar: implicações constitucionais do afastamento relativo do regime falencial. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, v. 63, n. 3, p. 9-35, 2018.

CECHIN, J. Judicialização da saúde: direitos e consequências. **Revista Estudos Institucionais**. Rio de Janeiro: n. 1, v. 7, p. 207-225, 2021.

CHAGAS, E. E. **Direito Empresarial Esquemático**. 5° ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018, 1.169 p.

COELHO, F. U. **Novo Manual de Direito Comercial: direito da empresa**. 31° ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020, 264 p.

COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1453-1462, 2008.

CUNHA, P. C. M. **Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: *Lumen Juris*, 2003, 398 p.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 31° ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018, 1.180 p.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019, 516 p.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro: n. 8 (2), p. 585-598, 2003.

GIOVANELLA, L.; RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde, 2002, p. 156-194. *In*: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Regulação e Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde, 2002, 264 p.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Esquemático**. Vol. 1. 1° ed. São Paulo: Saraiva, 2011, 849 p.

GREGORI, M. S. ANS: Taxatividade do Rol de Procedimentos. **Revista Jurídica de Seguros**. Rio de Janeiro: n. 14, p. 46-64, 2021.

GUIMARÃES, A. L. S.; ALVES, W. O. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v. 49, p. 459-471, 2009.

JUSTEN FILHO, M. **Curso de Direito Administrativo**. 12° ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2016, 1.210 p.

KILSZTAJN, S.; CAMARA, M. B.; CARMO, M. S. N. Gasto privado com saúde por classes de renda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 3, p. 258-262, 2002.

LOQUES, L. C. M.; FERRER, L. A.; HEGENBERG, F. E. N. A recuperação judicial das cooperativas de relevante porte econômico: um instrumento para a efetivação dos direitos fundamentais. **Revista Brasileira de Direito Empresarial**, v. 6, n. 1, p. 44-64, 2020.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: n. 9, v. 2, p. 433-444, 2004.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; PEREIRA, C. A.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M.; REIS, A. C. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 179-190, 2017.

MAMEDE, G. **Falência e Recuperação de Empresas**. 11° ed. São Paulo: Atlas, 2020, 475p.

MAZZA, F. F. Aspectos inconstitucionais do ressarcimento ao SUS. **Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia**, v. 38, n.2, p. 459-487, 2010.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 42° edição. São Paulo: Malheiros, 2016, 975 p.

MOREIRA, A. C. A cooperativa na reforma da Lei nº 11.101/05. **Insolvência em Foco**. 2021. Disponível em <<https://www.migalhas.com.br/coluna/insolvencia-em-foco/344906/a-cooperativa-na-reforma-da-lei-11-101-05>>. Acesso em 07 jul. 2022.

NOGUEIRA, R. P. As Agências Reguladoras da Saúde e os Direitos Sociais. Políticas sociais. **Políticas Sociais – Acompanhamento e Análises**. Brasília: IPEA, n. 5, p. 101-105, 2002.

NUNES, A.; ALMEIDA, A. N.; SILVA JÚNIOR, L. H. As imperfeições do mercado de saúde: revisitando o marco teórico da economia da saúde. **Revista Gestão & Saúde**. Brasília: v. 9, n. 1, p. 125-145, 2018.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, p. 157-185, 2006.

OLIVEIRA, M. A incorporação de tecnologias e os modelos de remuneração moldando a forma de cuidar na saúde suplementar. **Revista Estudos Institucionais**. Rio de Janeiro: n. 1, v. 7, p. 198-206, jan./abr. 2021.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina: v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

PEREIRA FILHO, L. T. Iniciativa privada e saúde. **Estudos Avançados**, v. 13, p. 109-116, 1999.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: n. 18, v. 4, p. 737-783, 2008.

PINHEIRO, I. C. B.; PELEIAS, I. R.; SILVA, A. F.; MARTINS, R. Efeitos da regulação econômico-financeira nas estratégias de financiamento das operadoras de planos de saúde. **Revista Universo Contábil**, v. 11, n. 2, p. 108-127, 2015.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 85-98, 2004.

REIS, T. A.; MACEDO, M. A. S.; MARQUES, J. A. V. C. Desempenho econômico-financeiro e as decisões de instauração de regimes especiais no setor de saúde suplementar brasileiro. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, v. 18, n. 48, p. 156-174, 2021.

REQUIÃO, R. **Curso de Direito Falimentar**. Vol. 2. 14^a ed. São Paulo: Saraiva, 1995, 304p.

SACRAMONE, M. B. **Comentários à Lei de Recuperação de Empresas e Falências**. 2^o ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021, 1.339p.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Revista Organizações & Sociedade**. Salvador: n. 62, v. 19, p. 471-487, 2012.

SANTANA, J. E.; PINTO, V. C. Falência, concordata, insolvência civil, intervenção e liquidação extrajudicial: repercussões nas licitações e nos contratos administrativos. **Fórum de Contratação e Gestão Pública - FCGP**. Belo Horizonte: ano 1, n. 4, 2002.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

SOARES, M. A. **Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial**. Orientador: Luiz João Corrar. 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-15122006-121519/publico/Analise_Indicadores.pdf>. Acesso em 05 maio 2022.

TOMAZETTE, M. **Curso de Direito Empresarial**. Vol. 3, 9^o ed. São Paulo: Saraiva, 2021, 656 p.