



VÍDEO JURISTUBE · REPÚBLICA EM CENA

Saúde Suplementar em Crise? Encruzilhada dos Planos Privados de Saúde no Brasil

Publicado em: 21 de junho de 2026

Link JurisTube: <https://juristube.com.br/republica-em-cena/saude-suplementar-em-crise-encruzilhada-dos-planos-privados>

Link YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=9QctVq1f9ZE>

Identificador citável: juristube.com.br/video/saude-suplementar-em-crise-encruzilhada-dos-planos-privados#ep-66896c97

Descrição

■ #04-REC - Um modelo em esgotamento: qual o real tamanho da crise que ameaça os planos privados de saúde no Brasil?

No novo episódio do programa República em Cena, deixamos de lado os exercícios de futurologia para realizar um diagnóstico cru, necessário e estritamente fundamentado sobre a atual encruzilhada da saúde suplementar.

O sistema, que atende hoje cerca de 53 milhões de beneficiários no país, encontra-se pressionado por um efeito de pinça: de um lado, a quebra do mutualismo gerada pelo envelhecimento rápido da população (já somos mais de 32 milhões de idosos); de outro, as graves fissuras regulatórias da ANS que deixam 84% do mercado — concentrado em planos coletivos — desprotegido frente a reajustes abusivos e rescisões unilaterais imotivadas.

O debate joga luz sobre contradições profundas: como o setor pode registrar um lucro líquido recorde de R\$ 24,4 bilhões (dados de 2025) enquanto assistimos a um verdadeiro "Velho Oeste" contratual, que força famílias a abrirem "falsos coletivos" (via MEI) apenas para não perderem o acesso à saúde?

A consequência direta dessa captura regulatória é o avanço avassalador da judicialização, que transformou os tribunais em balcões de reclamação e em reguladores substitutivos de última instância. São mais de 303 mil novas ações em um ano, com uma estarrecedora taxa de 87% de procedência em favor dos pacientes — uma prova matemática de que o sistema regulatório primário faliu.

Analisamos também as balizas fixadas pelo STF na ADI 7.265 sobre a "taxatividade mitigada" do Rol de procedimentos e as respostas do STJ contra a opacidade das planilhas de sinistralidade. Por fim, deixamos uma provocação sobre o futuro imediato: o avanço do Big Data e da Inteligência Artificial pelas operadoras criará "scores de saúde" invisíveis para selecionar e excluir pacientes antes mesmo de adoecerem? O Direito Administrativo e a regulação pública precisam urgentemente domar os algoritmos.

■ Assista no Youtube: <https://youtu.be/9QctVq1f9ZE>

■ Assista no Juristube: <https://juristube.com.br> OU

<https://juristube.com.br/episodio/republica-em-cena/saude-suplementar-em-crise-encruzilhada-dos-planos-privados>

■ SOBRE O PORTAL JURISTUBE

Este episódio faz parte do ecossistema de difusão jurídica coordenado pelo Professor Paulo Modesto.

Para acessar a ***transcrição integral**, os recursos de acessibilidade e gerar referências acadêmicas prontas (ABNT, APA e BibTeX) deste conteúdo, acesse:

■ <https://juristube.com.br>

■ ■ Capítulos do Vídeo (Marcadores de Tempo Reais):

00:00:18 - Introdução: O paradoxo do lucro recorde vs. a expulsão de pacientes.

00:03:08 - O Colapso do Mutualismo: Como a transição demográfica e epidemiológica quebra o risco compartilhado.

00:05:08 - O Ralo do Fee-for-Service: Como o modelo de pagamento por procedimento gera desperdício e inflação médica.

00:06:41 - A Rota de Fuga Regulatória: A migração massiva para os planos coletivos e o sumiço dos planos individuais.

00:08:28 - O Fenômeno dos "Falsos Coletivos": A necessidade de abrir MEI para garantir assistência.

00:08:55 - Captura Regulatória: A omissão da ANS e o drama da "expulsão seletiva" (churning).

00:11:14 - Hipervulnerabilidade: O descarte do consumidor idoso e de pacientes graves.

00:11:49 - A Guerra do Rol da ANS: A decisão do STF na ADI 7265 e a "taxatividade mitigada".

00:13:44 - O Judiciário como Regulador de Última Instância: A matemática por trás das 303 mil ações e 87% de êxito.

00:14:58 - O Design Institucional Perverso: Por que negar cobertura compensa financeiramente para as operadoras? 00:15:56 - Jurisprudência de Contenção: As respostas do STJ (REsp 2.065.976) e do STF (Tema 381).

00:17:34 - Agenda de Reforma (2026-2028): Proibições legais e transição para o Value-Based Healthcare.

00:19:29 - Encerramento: O primado do interesse público e o convite à comunidade JurisTube.

00:20:51 - Provocação Final: Big Data, algoritmos invisíveis e a iminente crise ética do "score de saúde".

#direitoadministrativo , #regulação, #SaúdeSuplementar, #planosdesaude , #ANS, #Judicialização , #DireitoÀSaúde, #Hipervulnerabilidade, #RepúblicaEmCena, #juristube , #paulomoderato

Transcrição

Imagine pagar por um serviço de forma religiosa, assim, durante 30 anos da vida. É, todo mês o boleto tá lá quitado, né? Exato. Mas aí, no exato momento em que a saúde falha e esse serviço vira uma questão de vida ou morte, a empresa simplesmente cancela o contrato. Nossa!

Sem aviso prévio? Sem aviso prévio, sem negociação. E hoje, a nossa missão é desvendar como isso virou uma prática comum aqui no Brasil. O objetivo é produzir um relatório didático completo, bem instigante, para o canal República em Cena. Isso mesmo.

Focado justamente no colapso estrutural da saúde suplementar no país e nessa enorme desproteção de quem consome esses serviços. Com certeza. E o mais importante, a gente vai conectar essa crise diretamente às falhas do nosso direito administrativo. Porque, olha, é um cenário alarmante. Fragilidade humana, sabe, mas que opera sob uma lógica de mercado cada vez mais implacável.

E com pouca resistência do Estado, né? Sim, surpreendentemente com pouca resistência do Estado regulador. Pois é. E para tentar entender essa engrenagem, a gente reuniu uma pilha de documentos super atualizados. Temos relatórios e projeções oficiais do IBGE, dados da ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar, fechados agora no início de 2026.

Isso. Também trouxemos estudos demográficos da Base Cielo, decisões importantíssimas do Supremo Tribunal Federal, o STF, e dados do Conselho Nacional de Justiça que, chegam a ser inacreditáveis. São chocantes mesmo. Sim. E, lendo todo esse material, a primeira coisa que salta aos olhos é um paradoxo gigantesco.

Como é possível que o mercado responsável por atender 53 milhões de brasileiros bata um recorde histórico de lucro na casa das dezenas de bilhões de reais? Exato, dezenas de bilhões. E, ao mesmo tempo, esteja expulsando pacientes em massa e lotando os tribunais. Tem algo muito errado nessa matemática. Tem.

E olha, o que essa contradição nos revela é o sintoma de uma falha regulatória gravíssima. A essência do direito administrativo moderno é justamente dotar o Estado de ferramentas para intervir na economia, Para equilibrar as coisas. Perfeito. Garantindo que a busca legítima pelo lucro não atropеле direitos fundamentais. Quando a balança pende só para os recordes financeiros, enquanto pacientes oncológicos são despejados...

É um absurdo. Fica claro que o arranjo atual não está cumprindo seu papel constitucional de jeito nenhum. Certo. Vamos desempacotar isso por partes. A base de todo o seguro, seja de carro ou de saúde, é o mutualismo, certo?

Certo. O famoso risco compartilhado. Isso. É como se fosse um grande jantar de grupo. Os mais novos chegam, pedem só uma salada barata e não consomem muito.

Já os mais velhos, que têm demandas maiores, pedem um prato bem mais caro, tipo uma lagosta. E na hora de pagar, a conta é dividida igualmente. Exatamente. A salada subsidia o prato caro. Mas o que as fontes do IBGE mostram é que a mesa do jantar mudou completamente.

Mudou muito. Os dados demográficos são contundentes, viu? O Brasil ultrapassou a marca de 32 milhões de idosos. Uau! 32 milhões? Sim.

Isso representa um salto de mais de 50% desde 2010. A transição demográfica brasileira foi, assim, brutalmente rápida. Então o perfil dos pacientes também mudou, né? Completamente. Saímos de um perfil de doenças agudas, que você resolve com uma ida rápida ao pronto-socorro, para uma predominância de doenças crônicas.

Tipo diabetes, hipertensão. E câncer, né? Que exigem tratamento para o resto da vida. Mas espera um pouco. Sobre uma ótica estritamente financeira, se a mesa do jantar agora está cheia de pessoas pedindo o prato mais caro, e não tem jovens suficientes para dividir a conta, A matemática balança.

A matemática não fecha, né? Um paciente com mais de 60 anos não custa infinitamente mais do que um de 20? Custam. Custam em média sete vezes mais. As estatísticas das operadoras apontam que pacientes crônicos, embora sejam menos de 5% da carteira, consomem mais de um quarto de todos os recursos.

Caramba, um quarto dos recursos para 5% das pessoas? Pois é. Mas, olha, a questão central não é o envelhecimento em si. Envelhecer é o grande triunfo da medicina e da sociedade, não acha? Claro, ninguém quer o contrário.

Exato. A verdadeira bomba relógio aí é o modelo de remuneração que essas empresas usam, o famoso "Fee-for-Service", ou pagamento por serviço. E como isso funciona na prática? Porque os

documentos batem muito nessa tecla. Funciona assim.

A operadora paga o hospital ou médico por cada procedimento realizado. Cada exame de sangue, cada raio-x, cada dia de internação gera uma fatura. Exatamente. E o que isso faz? Cria um incentivo estrutural gigantesco para o desperdício.

Entendi. Então o sistema é recompensado por fazer mais exames, mesmo que sejam desnecessários? Sim, recompensa a quantidade, não a cura do paciente. É por isso que a chamada inflação médica, que mede esses custos do setor, descola completamente da inflação oficial do país. Nossa!

Então, em vez de focar em manter a pessoa saudável, para ela não precisar usar o hospital, o sistema acaba lucrando com a doença? Infelizmente. É a lógica atual. Mas, se o custo de tratar idosos nesse modelo é tão alto, eu volto àquela pergunta inicial. Como essas empresas conseguem registrar lucros de 24 bilhões de reais em 2025?

É a pergunta de um milhão de dólares. Elas devem estar cortando custos em algum lugar ou cobrando muito mais, certo? E é aí que a gente entra na maior rota de fuga regulatória do país. O mercado não mudou o modelo de negócios ineficiente. Eles simplesmente encontraram uma brecha.

Uma brecha nas regras da ANS. Isso, nas regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para poder repassar todo esse custo de forma totalmente descontrolada. Certo, vamos entrar nessa brecha então, porque os documentos mostram uma dicotomia que parece absurda. De um lado, existem os planos individuais e familiares. Onde a agência é bem rígida.

Sim, nesses, a ANS dita as regras com mão de ferro. O teto de reajuste anual é baixo, acho que limitado a 6,06% para 2025 e 2026, né? Correto. E a operadora é proibida por lei de cancelar o contrato da pessoa só porque ela ficou doente. Tá.

Mas do outro lado temos os planos coletivos, voltados para empresas ou sindicatos. E nesses parece um verdadeiro Velho Oeste. Os reajustes passam dos 30% a 40% ao ano. E a operadora pode simplesmente romper o contrato de forma unilateral. Sim, o que não faz sentido para mim é se o plano coletivo é tão perigoso e caro para o cidadão, porque mais de 80% das pessoas estão presas neles.

Porque as operadoras orquestraram uma manobra muito inteligente. Elas simplesmente pararam de vender planos individuais. Sério? Simplesmente sumiram da prateleira! Sumiram?

Se você tentar contratar um plano de saúde hoje apenas pra você ou pra sua família, vai descobrir que o produto quase não existe mais. Ao retirar os individuais do mercado, as empresas forçaram a população a buscar a única alternativa disponível. Que seria? Abrir um CNPJ. Como o MEI e o MI, o famoso MEI.

Tudo isso só pra conseguir comprar um plano de saúde. São os chamados falsos coletivos. Isso é surreal. Quer dizer que uma família de três pessoas, onde a mãe é professora e o pai é engenheiro, precisa abrir uma empresa de fachada pra fazer doces, virar um MEI, apenas pra ter o direito de pagar por saúde privada? É exatamente o que acontece.

E a operadora trata essa família como se fosse uma grande corporação multinacional na hora de dar o reajuste. Sim, com reajustes na casa dos 40%. E se olharmos para isso com as lentes do direito administrativo, vemos um conceito clássico chamado captura regulatória. Captura regulatória,

explica um pouco mais. É quando a agência criada para vigiar e proteger acaba sendo domesticada pelo setor que ela deveria fiscalizar.

A agência se torna o animal de estimação do mercado. Nossa, forte isso. Mas é a realidade. A ANS permitiu que 84% do mercado migrasse para o modelo contratual, onde ela não tem poder de vetar reajustes abusivos. E não impede cancelamento.

Exato. Isso esvazia a própria razão de existir da autarquia. É uma crise de legitimidade da agência. Mas sendo advogado do diabo aqui, se os custos sobem tanto, o mercado não tem o direito de se proteger? Se a operadora está tomando prejuízo com uma carteira de clientes, a lógica de mercado não dita que ela deveria poder ajustar os preços ou até encerrar o serviço?

A lógica pura de mercado, sim. Mas a saúde não é um bem de consumo qualquer, como, uma televisão ou um celular. Claro, estamos falando de vidas. Exatamente. O grande debate jurídico aqui é que a Constituição e o Código de Defesa do Consumidor colocam a vida e a saúde em um patamar muito superior.

E é aí que essas práticas mercadológicas cruzam a linha da legalidade. Entrando no que os documentos chamam de expulsão seletiva, ou o "churning". E os relatórios e defesa do consumidor, do IDEC e do PROCON, trazem exemplos terríveis dessa prática. As empresas analisam os dados dos contratos coletivos, identificam que, em um grupo de 50 microempresas, tem uma pessoa que acabou de ser diagnosticada com autismo severo. ou um idoso que começou um tratamento oncológico. Exato.

E o que elas fazem? Usam a regra que permite a rescisão unilateral após 12 meses e cancelam o contrato de todo o grupo. Eles limpam a carteira e jogam os doentes para o Sistema Único de Saúde, o SUS. E essa prática evidencia o conceito de hipervulnerabilidade. O direito brasileiro entende que qualquer consumidor é vulnerável diante de uma grande corporação, certo?

Certo. É uma relação desigual. Mas um paciente idoso ou com uma doença grave, crônica, é hipervulnerável. No momento em que essa pessoa mais precisa do serviço pelo qual ela pagou durante décadas, ela tem a fonte de cuidado cortada. Sem ter força física ou financeira para recomeçar em outro plano. e que obviamente vai recusá-la por ter uma doença pré-existente.

É um descarte sumário do ser humano quando ele deixa de dar lucro e passa a representar o risco atuarial. É de embrulhar o estômago. E ainda tem a questão da negativa de tratamentos. Os documentos falam muito de uma guerra jurídica em torno do rol de procedimentos da ANS. Sim, o rol é basicamente um cardápio de procedimentos que a agência diz que as operadoras são obrigadas a cobrir.

Um cardápio de exames e cirurgias. Isso. E durante muito tempo, as empresas argumentaram que se uma cirurgia ou um remédio não estivesse explicitamente escrito nesse cardápio, elas não pagariam de jeito nenhum. Mas a medicina avança muito mais rápido que a burocracia de uma agência reguladora, né? Com certeza.

O que nos leva àquela decisão super importante do Supremo Tribunal Federal de outubro de 2025, na ADI 7265. Exato. O STF estabeleceu algo chamado "taxatividade mitigada". E para deixar claro para quem está acompanhando e não é da área jurídica, como isso funciona na prática? Imagina que um restaurante diz que só serve o que está no menu, mas um cliente tem uma condição médica específica e, se ele não comer o ingrediente que está na cozinha, mas fora do menu, ele corre risco

de vida.

Precisa daquele tratamento específico? Isso. A taxatividade mitigada diz que o menu é a regra geral, sim. Mas se houver comprovação científica, atestada por médicos, de que o tratamento moderno, mesmo fora do menu, é essencial e eficaz, a operadora é obrigada a cobrir. Entendi.

Então o STF derrubou aquele muro burocrático que as empresas usavam para negar tratamentos caros e proteger seus lucros? Derrubou, pelo menos para casos com base científica sólida. Certo. Então, a agência reguladora está esvaziada, as operadoras usam brechas para impor reajustes de 40% e expulsam quem fica doente. Quando o cidadão se vê nessa situação desesperadora, para onde ele corre?

Para o judiciário! Não tem outra saída. E é aqui que os dados do Conselho Nacional de Justiça entram como uma marreta. Os relatórios mostram 303.546 novas ações em 2024 contra planos de saúde. E a taxa de vitória a favor do paciente é de absurdos 87%.

Esse número, quase 9 em cada 10 decisões condenando as empresas, é a prova empírica, matemática mesmo, da falência da regulação estatal. Mas pensem bem na ineficiência disso, do tal design institucional perverso. É como se toda vez que alguém comprasse uma torradeira com defeito e a loja se recusasse a trocar, a pessoa precisasse acionar o Supremo para resolver o problema. Porque a agência de proteção está tirando um cochilo. Exato.

O judiciário virou um balcão de reclamações de saúde. Por que as operadoras preferem perder na justiça do que simplesmente cumprir a lei logo de cara? Porque, friamente analisando, a judicialização compensa financeiramente. Compensa? Como assim?

Negar um tratamento de alto custo é muito barato. Pensa comigo, de cada 100 pacientes que recebem uma negativa indevida, quantos têm o conhecimento, o dinheiro para pagar um advogado, a saúde mental e o tempo de vida necessário para entrar com um processo que pode durar meses? Nossa, muito poucos. A maioria desiste no cansaço. Talvez uns cinco processem.

A operadora perde esses cinco processos, paga as multas e ainda assim economiza o dinheiro de todos os outros 95 que não processaram e desistiram. Ou que, infelizmente, faleceram no caminho. Caramba. O arranjo institucional atual que premia a má-fé contratual. Exatamente.

O judiciário acaba sendo forçado a ser um regulador de última instância. Isso levanta uma questão importante sob a ótica do direito público, porque é algo socialmente muito custoso e ineficiente. É um mutualismo da judicialização. O custo das liminares é repassado para todo mundo nos reajustes seguintes. Pois é.

Mas olha, a jurisprudência recente mostra que os tribunais estão tentando fechar o cerco para frear esse caos. Sim, tem decisões recentes do Superior Tribunal de Justiça, o STJ, que atacam justamente a falta de transparência naqueles reajustes dos planos coletivos. Sem dúvida, no RESP 2.065.976, o STJ determinou que as operadoras não podem mais aplicar um reajuste de 30% baseadas em planilhas ocultas. Elas são obrigadas a abrir a caixa preta da sinistralidade. Tem que provar matematicamente o porquê do aumento.

Isso. Se a conta não for transparente, o reajuste é derrubado. E, indo além, o STF estabeleceu um marco civilizatório crucial recentemente também. O famoso tema 381, de outubro de 2021. Esse mesmo.

O Supremo proibiu categoricamente que as operadoras apliquem reajustes abusivos por mudança de faixa etária quando o usuário completa 60 anos. E isso vale inclusive para contratos muito antigos, né? Sim, firmados antes mesmo do Estatuto da Pessoa Idosa. Foi uma sinalização fortíssima do Judiciário, dizendo que o cálculo atuarial frio não pode atropelar a dignidade humana. Bom, nós cobrimos um terreno vasto aqui nesta análise profunda, dissecando os relatórios, as estatísticas e as decisões dos tribunais.

Como a gente pode sintetizar todo esse relatório didático de pesquisa que organizamos? Quais são as vias de saída para esse colapso estrutural? Olha, o diagnóstico aponta para uma crise tripla. Tripla? Sim.

Temos uma crise estrutural que é impulsionada pelo envelhecimento populacional e um modelo de cobrança ultrapassado. Temos uma crise regulatória visível nessa aberração que é forçar cidadãos a abrirem empresas falsas para fugir de uma agência omissa. Isso, e temos uma crise protetiva, que foca na expulsão das pessoas em seu momento de maior fragilidade, os hipervulneráveis. As vias de saída, que formam a agenda de 2026 a 2028, exigem reformas urgentes. E quais seriam as orientações para a melhoria do sistema?

A rescisão unilateral e imotivada que interrompe tratamentos no meio precisa ser banida em lei, sumariamente. E sobre aquele modelo de pagar por cada seringa usada? É, o sistema deve migrar para o conceito de saúde baseada em valor, o Value-Based Healthcare. Ou seja, recompensar o médico e o hospital pela cura do paciente, pelo cuidado contínuo, e não por quantas vezes conseguiram furar o braço da pessoa para tirar sangue. Exatamente.

Do ponto de vista do direito administrativo, o setor de saúde suplementar hoje é o laboratório mais complexo do Brasil. Ele testa os limites da discricionariedade técnica das agências reguladoras... mostrando que não é um cheque em branco para ignorar abusos. Perfeito, mostra a necessidade de instrumentos efetivos de sanção, como multas pesadas aplicadas pelos PROCONS. E reforça o imperativo constitucional de que o interesse público, a vida e a saúde, tem que prevalecer sobre a captura regulatória pelo poder econômico. Fantástico!

Bom, chegamos ao fim deste relatório didático. E olha, para você que nos acompanha e encontrou valor nesta análise profunda, nós fazemos alguns pedidos muito especiais. Deixe a sua opinião nos comentários. Queremos saber se você já precisou abrir um MEI apenas para ter saúde ou se já lidou com o medo de uma rescisão de contrato repentina. Isso.

Não esqueça de clicar no sininho para receber as notificações e, de forma muito especial, a gente pede que ajude a divulgar este conteúdo nas redes sociais ou para seus alunos e colegas. E, claro, assine o canal do podcast República em Cena. Debater essas falhas sistêmicas é o primeiro passo para a construção de um ambiente jurídico mais equilibrado, né? Com certeza. Nós recomendamos vivamente também que a nossa audiência aproveite para conhecer os outros podcasts imperdíveis disponíveis na página do YouTube do professor Paulo Modesto.

Tem muito conteúdo excelente lá. Demais. Tem o Diálogos de Direito Administrativo, o Encontros de Direito Administrativo e também o Jurisprudência em Debate. Todos valem muito a pena. E fica a dica essencial.

Visitem o site juristube.com.br. É uma plataforma que ordena inteligentemente o conteúdo de todos esses podcasts, oferecendo recursos didáticos para o melhor aproveitamento e compartilhamento

dos vídeos. Bom, e antes de fecharmos a nossa pesquisa, eu deixo uma última provocação inquietante baseada nas fontes que a gente analisou. Adoro essas provocações no final. Manda!

Passamos esse tempo todo analisando como o consumidor luta contra contratos abusivos no papel, certo? Mas o mercado já está utilizando Big Data e inteligência artificial para fazer uma gestão preditiva dos riscos. Preditiva. Prever quem vai ficar doente? Isso.

A grande questão é, se isso se expandir, não estaremos prestes a ver a criação de scores de saúde baseados em algoritmos invisíveis? A próxima grande crise regulatória e ética não será sobre o direito administrativo ter que domar e auditar códigos de inteligência artificial? Nossa, códigos que decidem preventivamente quem merece ou não ter o direito à saúde. Exato, uma caixa preta decidindo seu risco futuro antes mesmo de você adoecer. É uma perspectiva assustadora, cara.

Aquela analogia do começo, que tentava entender o custo de uma cirurgia, agora se transforma em uma máquina invisível calculando as nossas chances de sobrevivência. Fica a reflexão para os nossos próximos debates. Muito obrigado pela companhia nessa jornada e até a próxima análise profunda.

Como citar este documento

As citações abaixo seguem os padrões ABNT NBR 6023:2018, APA 7ª edição, Chicago Author-Date (17ª ed.) e BibTeX (LaTeX). Copie o formato exigido pelo periódico ou gerenciador bibliográfico (Zotero, Mendeley, EndNote).

ABNT (NBR 6023:2018)

SAÚDE SUPLEMENTAR EM CRISE? ENCRUZILHADA DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL. Síntese analítica de múltiplas fontes traduzida para mídia audiovisual por Inteligência Artificial. Curadoria de Paulo Modesto. Salvador: Canal @paulomodestodireito no YouTube / JurisTube.com.br, 2026. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9QctVq1f9ZE> e em: <https://juristube.com.br/episodio/66896c97-2ce6-4d20-9c8d-fc871250a5fd>. Acesso em: 6 ago. 2026.

APA 7ª edição

JurisTube. (2026, June 21). *Saúde Suplementar em Crise? Encruzilhada dos Planos Privados de Saúde no Brasil* [Video]. JurisTube. <https://www.youtube.com/watch?v=9QctVq1f9ZE>

Chicago Author-Date (17ª ed.)

JurisTube. 2026. "Saúde Suplementar em Crise? Encruzilhada dos Planos Privados de Saúde no Brasil." Video. República em Cena. <https://www.youtube.com/watch?v=9QctVq1f9ZE>

BibTeX

```
@misc{juristube-sa-de-suplementar-em-crise-encruzilhada--2026,
author = {JurisTube},
title = {Saúde Suplementar em Crise? Encruzilhada dos Planos Privados de Saúde no Brasil},
year = {2026},
howpublished = {JurisTube – Acervo Digital de Direito},
note = {Série: República em Cena},
url = {https://www.youtube.com/watch?v=9QctVq1f9ZE},
urldate = {2026-06-21}
}
```



Licença de Uso — CC BY-NC-SA 4.0

Este conteúdo está licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). O uso para fins acadêmicos e educacionais é permitido, desde que citada a fonte original (JurisTube) conforme as normas técnicas indicadas neste documento.

Termos completos:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt-br>

JurisTube — Acervo Digital de Direito

<https://juristube.com.br/república-em-cena/saude-suplementar-em-crise-encruzilhada-dos-planos-privados>

PDF gerado em 2026-08-06 22:01 UTC