

PRÁTICAS ABUSIVAS DOS PLANOS DE SAÚDE

COMO IDENTIFICAR
E SE PROTEGER

Rui Licínio Filho



Licínio & Rodrigues
ADVOGADOS ASSOCIADOS
2ª Edição

CONTEÚDO

1

Limitações

2

Negativa de Cobertura

3

Negativa de Atendimento

4

Rompimento Unilateral de Contrato

5

Reajuste por Mudança de Faixa Etária

6

Plano "Falso Coletivo"

7

Rede Credenciada

8

Home Care

8

Capítulo Especial - Rol da ANS Taxativo



SOBRE O AUTOR

Advogado. Mestre em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília. Especialista em Direito Civil e Direito do Consumidor pela Juspodivm/Faculdade de Direito da Bahia. Especialista em Docência do Ensino Superior pela Fundação Getúlio Vargas. Especialista em Direito Empresarial pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador. Autor do livro Inaplicabilidade da Teoria da Reserva do Possível no Direito à Saúde, pela Editora Dialética.

Rui Licínio Filho

www.licinioerodrigues.com.br



Introdução

Um plano de saúde é um serviço muito caro, a que poucas pessoas têm acesso. Diante disso, o mínimo que o usuário espera ao se contratar um é poder contar com ele nos casos em que ele precisa cuidar da sua saúde.

Infelizmente, as operadoras de planos de saúde, em sua imensa maioria, não tratam seus usuários com o respeito e o zelo a que eles têm direito, violando seus direitos através de constantes práticas abusivas.

Essas condutas das operadoras causam desespero e angústia nos seus usuários, pois elas os impedem de iniciar o tratamento, principalmente quando envolve cirurgia ou medicamentos caros.

Pensando nisso, este ebook foi concebido visando mostrar aos usuários de planos de saúde quais são as práticas abusivas perpetradas pelas operadoras que limitam seus direitos e o que fazer para protegê-los.

“Se você conhece o inimigo e conhece a si mesmo, não precisa temer o resultado de cem batalhas. Se você se conhece, mas não conhece o inimigo, para cada vitória ganha sofrerá também uma derrota. Se você não conhece nem o inimigo nem a si mesmo, perderá todas as batalhas.”

Sun Tzu

Rui Licinio Filho

Prefácio à 2ª Edição

Esse guia foi lançado quinze dias antes do julgamento do Superior Tribunal de Justiça que determinou o Rol de procedimentos da ANS como sendo taxativo.

Essa decisão causou uma sensação de desespero e angústia nos usuários de planos de saúde, em especial naqueles cujos dependentes são portadores de transtorno do espectro autista e portadores de doenças graves e raras.

Diante disso, muitas dúvidas surgiram e incluí nesse guia um capítulo especial tratando do tema.

O que passo dizer ao usuário de saúde é: fique calmo. As trombetas do apocalipse não foram soadas em é preciso correr para as colinas. O rol agora é taxativo, mas há exceções.

No fim do guia explicarei como se darão as coisas daqui por diante e o que você, usuário de planos de saúde, pode fazer para evitar mais abusos por parte das operadoras.

Rui Licinio Filho

30/06/2022

1

CAPÍTULO UM

LIMITAÇÕES

Internação, consultas, exames e tratamentos.

As operadoras de planos de saúde costumam colocar em seus contratos cláusulas que impõem limites no tempo de internação do paciente, mesmo sabendo não haver como prever até quando tal situação irá durar.

Entretanto, o contrato de plano de saúde tem como função primordial garantir tratamento de saúde ao consumidor em troca do pagamento da mensalidade.

Dessa forma, a imposição de limite de tempo para que o paciente fique internado pode comprometer irremediavelmente seu tratamento, colocando em risco a sua vida, principalmente se essa internação for em UTI.

Essa atitude dos planos de saúde se mostra insensível e desumana para com o paciente, trazendo angústia a ele e aos seus familiares. Assim, qualquer cláusula contratual que restrinja o tempo de internação do paciente usuário de plano de saúde é abusiva e deve ser combatida com rigor.

A Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998), em seu art. 12, proíbe restrições à duração da internação tanto em clínicas quanto em situações de terapia intensiva.

Nossos tribunais comungam dessa linha de raciocínio a ponto do Superior Tribunal de Justiça determinar, em sua sumula 302, que:

"É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado."

Além disso, tribunais regionais, como o do Rio Grande do Sul, determina que "o tempo de internação hospitalar do segurado não pode ser limitado pelo contrato de plano de saúde, devendo ser declarada abusiva e, por conseguinte, nula a cláusula que contenha tal regra" (TJRS, AC: 70074881426 RS, Rel.: Isabel Dias Almeida, Quinta Câmara Cível, Publicação: 30/10/2017).

Já o Tribunal de Justiça de Minas Gerais aborda a questão de maneira mais ampla, ao impor que "os contratos de assistência médica possuem como finalidade o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde e a vida do consumidor e de sua família ou dependentes, bem maior que deve se sobrepôr a discussão de qualquer cláusula contratual" (TJMG, AI: 10694100066422001, Rel.: Hilda Teixeira da Costa, 14ª Câmara Cível, Publicação: 20/09/2011).

Fica claro, portanto, que a imposição das operadoras de planos de saúde que limitem a permanência do paciente em hospitais ou UTI não só é abusiva como contrária às leis brasileiras e determinação dos tribunais. Só quem tem condições técnicas para determinar o tempo de internação é o médico.

Além disso, não há nenhum paciente que, tendo liberdade de escolha, queira ficar internado em prazo superior ao necessário ao seu pleno restabelecimento. É uma questão de bom senso, que as operadoras de planos de saúde costumam ignorar.

O tempo de internação é essencial para que o paciente possa se recuperar do mal que o aflige. A fixação de limites nesse sentido por parte das operadoras não consideram a saúde de seu usuário, e sim interesses visando o lucro.

Dessa forma, a interrupção brusca da internação por parte da operadora, sem considerar o estado de saúde do paciente e as determinações médicas, geram constrangimento e angústia, devido à incerteza tanto no seu restabelecimento quanto à sua vida.

O entendimento legal acerca de internações também cabe para os casos de exames, consultas e tratamentos, principalmente se envolver radioterapia e quimioterapia.

Nesses casos, cada paciente tem uma fisiologia própria, de modo que não há como prever a quantidade de exames e consultas que serão necessários até que seja possível determinar o diagnóstico correto de sua moléstia, bem como não há como prever o número de tratamentos que serão necessários até o seu pronto restabelecimento.

Isso porque é prerrogativa exclusiva dos médicos solicitar exames e indicar tratamentos. Há exames essenciais para se poder averiguar o real estado de saúde do paciente para, a partir dele, o médico poder ministrar o tratamento adequado. Nos casos de quimioterapia e radioterapia, a limitação na quantidade de sessões pode inclusive colocar em risco a vida do paciente.

Dessa forma, é abusiva a decisão da operadora que imponha limites à quantidade de exames, consultas ou tratamentos, a despeito de laudo médico determinado o contrário.

Mesmo nos contratos antigos, assinados antes de 1999 e que não estão amparados pela Lei dos planos de Saúde, os limites às internações, exames, consultas e tratamentos são abusivos, pois o Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 51, IV do CDC determina serem nulas as cláusulas contratuais que estabelecerem condições abusivas ou colocarem o paciente em desvantagem exagerada.

Além disso, a Portaria nº 03/1999, da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça determina a proibição das operadoras de planos de saúde impor "limites ou restrições a procedimentos médicos (consultas, exames médicos, laboratoriais e internações hospitalares, UTI e similares) contrariando prescrição médica."

Assim, tanto nos casos de internação quanto nos de exames, consultas e tratamentos, e independente do contrato ter sido assinado antes ou depois do advento da Lei dos Planos de Saúde, cabe ao usuário que passar por esta situação recorrer ao Poder Judiciário para obter uma medida de urgência para que o laudo médico seja obedecido pela operadora, bem como indenização por danos morais.



2

CAPÍTULO DOIS

NEGATIVA DE COBERTURA

Doenças infecto-contagiosas, Transplante, Doenças pré-existentes, Cirurgia bariátrica, Órteses e próteses

Dentre as práticas abusivas impostas aos usuários pelas operadoras de planos de saúde as piores são as negativas de cobertura. Nela, o usuário pede à operadora autorização para um tratamento, obtenção de medicamento ou procedimento cirúrgico e tem seu pedido negado.

Conforme a Lei de Planos de Saúde, as operadoras devem fornecer a cobertura mínima especificada descrita no rol de procedimentos da ANS. Em suma, qualquer procedimento médico desta lista não pode ser negado. As únicas exceções previstas são cirurgias para fins estéticos ou doenças pré-existentes (salvo em casos de urgências e emergências). Essas situações são geralmente excluídas do contrato.

Caso a operadora de plano de saúde opte por excluir algum procedimento ou doença da cobertura contratual, isto deverá estar devidamente registrado no contrato e em cláusula separada das demais, ou então será considerada abusiva e, conseqüentemente, nula.

O principal argumento dado pelas operadoras para negar a solicitação do usuário é alegar que o procedimento não faz parte do rol da ANS, o que em condições normais, a desobriga de prestar a referida cobertura.

Entretanto, as operadoras se utilizam dessa desculpa alegando que o rol de procedimentos da ANS é taxativo, ou seja, o que, segundo elas, define que a cobertura só deve ser prestada se a solicitação do usuário fizer parte dessa lista.

Isso é bastante complicado, pois o rol da ANS, até então, só era atualizado a cada dois anos, e, recentemente, esse tempo foi diminuído para 180 dias, prorrogáveis por mais 90. Mesmo assim, a ciência avança mais rápido do que essa atualização, e novos medicamentos e tratamentos que podem salvar vidas deixam de ter sua cobertura permitida devido a um detalhe burocrático que pode representar a vida ou a morte do usuário do plano.

Entretanto, o Poder Judiciário entende que o rol da ANS é exemplificativo, ou seja, além de conter procedimentos mínimos obrigatórios, ele também abrange procedimentos mais modernos e técnicas específicas, assim como indicações médicas não constantes no rol, sendo passível de interpretação. Dessa forma, se houver laudo médico prescrevendo determinado procedimento, ainda que ele não conste no rol da ANS, a operadora, ainda assim, é obrigada a prestar a cobertura.

No tocante as doenças infectocontagiosas, como a AIDS, é prática reiterada das operadoras de planos de saúde negar a cobertura sob a alegação de que essa categoria de tratamento não está descrita no contrato.

Quanto a isso, o inciso IV do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor, declara como nulas as cláusulas contratuais que “estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”

O poder judiciário tem decidido essas questões considerando essa linha de raciocínio. O Tribunal de Justiça de Santa Catarina determina que “em determinadas situações, a recusa à cobertura médica pode ensejar reparação a título de dano moral, por revelar comportamento abusivo por parte da operadora do plano de saúde que extrapola o simples descumprimento de cláusula contratual ou a esfera do mero aborrecimento, agravando a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, já combatido pela própria doença. Precedentes. Agravo Regimental provido” (TJSC, AgRg nos EDcl no Resp n. 1096560, Rel. Min. Sidney Benetti, publicado em 23/10/2009).

O próprio Superior Tribunal de Justiça é bem objetivo ao tratar da questão, ao impor que “é abusiva a cláusula contratual que exclua da cobertura do plano de saúde o tratamento de AIDS ou de doenças infectocontagiosas” (STJ, AREsp: 1085320/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Publicado em 14/09/2017).

A cláusula em contrato de plano de saúde informando que não presta cobertura a doenças infectocontagiosas é, portanto, nula violar o Código de Defesa do Consumidor, em especial no tocante a boa-fé.

Quanto a cobertura de transplantes, este tipo de procedimento é bastante significativo, pois a sua negativa por parte da operadora pode colocar a vida do paciente em risco. A vida é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal, de modo que a operadora que impõe obstáculos nesse sentido está exercendo uma prática abusiva.

Quanto a isso, o Superior Tribunal de Justiça determina que “ainda que possível o contrato de saúde prever limitação aos direitos do consumidor, evidencia abusividade a exclusão do custeio dos meios necessários ao melhor tratamento clínico ou internação hospitalar” (STJ, AgInt no AREsp: 1296865/SP, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, Publicado em 07/12/2018).

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal segue esse entendimento, impondo, ainda que “a operadora de plano de saúde pode escolher as doenças que serão cobertas, mas não o tratamento que será disponibilizado ao beneficiário, de forma que, havendo necessidade e requerimento médico, a cobertura é obrigatória. A operadora de plano de saúde possui o dever de co-

brir os medicamentos necessários para a realização e sucesso do transplante de medula óssea, mormente quando configurada situação de emergência” (TJDF, Proc. nº 0707393-91.2018.8.07.0014, Rel. Esdras Neves, Publicado em 25/11/2020).

Assim, a negativa de cobertura de transplantes além de violar o Código de Defesa do Consumidor, viola também a Constituição Federal, por colocar em risco a vida do usuário.

Na negativa de cobertura de doenças preexistentes, há algumas informações a serem consideradas. A doença preexistente nada mais é do que um problema de saúde o qual o usuário já sabia ter na época em que contratou o plano. Na assinatura do contrato, a operadora solicita (ou ao menos deveria solicitar) um documento chamado declaração de saúde, em que deve ser informado quais doenças ou lesões que o usuário tem.

Contudo, se a operadora descobre a doença preexistente sem que o usuário a tenha informado na declaração de saúde, isso é muito ruim, pois dá a entender que ele, propositalmente, não revelou uma doença preexistente a qual sabia que portador. Isso é considerado fraude, podendo resultar na suspensão ou até mesmo na rescisão do contrato.

O grande problema é que, geralmente, o usuário do plano não sabia ter a doença preexistente e só tomou ciência dela após ter contratado o plano de saúde. Todavia, existem apenas duas situações que a operadora tem o respaldo para negar a cobertura devido à doença preexiste.

A primeira situação é se o usuário intencionalmente sabia ter a doença preexistente e a escondeu da operadora. Nesse caso, cabe-lhe provar que o usuário agiu de má-fé, baseado na premissa que a boa-fé é sempre presumida, mas a má-fé tem que ser provada.

A segunda situação é caso a operadora tenha exigido do usuário exames médicos antes da assinatura do contrato ou se solicitou dele a declaração de saúde.

Dessa forma, se a operadora não tiver como provar que o usuário agiu de má-fé ou não exigiu dele uma declaração de saúde nem exames médicos prévios, ela não pode negar a cobertura sob a alegação de doença preexistente.

Em relação à cirurgia de redução de estômago, o problema é relativo ao excesso de pele que ocorre em consequência desse procedimento. As operadoras de planos de saúde apenas autorizam a retirada da pele da barriga, pois a ANS permite a sua aplicação.

Por outro lado, há também a necessidade de retirada desse excesso em outras partes do corpo, como braços e mamas.

As operadoras alegam que cirurgias fora dos padrões da ANS são estéticas, negando a autorização. Essa visão é completamente equivocada, pois, independentemente de onde haja pele a retirar, o procedimento não é estético e sim reparador.

Os tribunais de justiça enxergam dessa forma. O tribunal do Estado do Mato Grosso, pois determina que, “havendo indicação médica para a cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional em paciente pós-cirurgia bariátrica, não cabe à operadora negar a cobertura, pois, tal tratamento é fundamental à recuperação integral do usuário outrora acometido de obesidade mórbida” (TJMT, Proc. nº 1003154-94.2021.8.11.0000 MT, Rel. Carlos Alberto Alves da Rocha, Publicado em: 30/04/2021).

Alguns tribunais estaduais inclusive já editaram súmulas nesse sentido. O Tribunal de Justiça de São Paulo, por exemplo, na sumula nº 97, determina que “não pode ser considerada simplesmente estética a cirurgia plástica complementar de tratamento de obesidade mórbida, havendo indicação médica”. Além disso, o plano de saúde que nega a cobertura nessa situação está agindo de forma abusiva.

Dessa forma, a retirada de excesso de pele é um direito do usuário. Essa cirurgia é complementar ao tratamento da obesidade mórbida e é fundamental na qualidade de vida do paciente. Assim, é importante que esses procedimentos ocorram de forma conjunta, ou a saúde do paciente ficará comprometida.

Quanto a negativa de órteses e próteses pelas operadoras, convém primeiro fazer os seguintes esclarecimentos: próteses são tudo aquilo que substitui um membro ou parte do corpo, ao passo que as órteses tem como finalidade o suporte para o membro, além de auxiliar a manter, aumentar ou recuperar a mobilidade de pessoas com deficiência ou limitações físicas.

A Lei dos Planos de saúde, no inciso VII de seu art. 10, proíbe a exclusão da cobertura para o fornecimento de órteses e próteses, bem como seus acessórios, quando forem essenciais ao ato cirúrgico.

Alguns Tribunais de Justiça já pacificaram esse entendimento. As súmulas nº 102 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e a súmula nº 12 Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro se complementam. Ambas determinam que, caso haja determinação médica, a negativa de cobertura a procedimentos sob o argumento de não estar previsto no rol de procedimentos da ANS é abusiva, além de ser a nula a cláusula que exclui de cobertura de órteses quando integrar cirurgia ou procedimento coberto por plano ou seguro de saúde.

Já o Superior Tribunal de Justiça dispõe que é nula a cláusula contratual que não permitir a cobertura de órteses e próteses de materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico (STJ, REspl 1364775/MG. Rel. Min. Nancy Andrighi Publicado em 28/06/2013).

O problema maior nesse caso são os contratos antigos, ou seja, aqueles assinados antes de 1999. Eles não estão protegidos pela Lei dos Planos de Saúde, e é comum esse tipo de contrato excluir a cobertura a órteses e próteses, e as operadoras se valem disso para negar a cobertura.

Os tribunais, o entanto, proíbem tal conduta. O Tribunal de Justiça do Ceará determina que “Mesmo em caso de contratos antigos, anteriores à égide da Lei nº 9867/98, se imporia a obrigatoriedade de fornecimento da prótese e de realização dos exames, porquanto tais previsões são interpretadas em prol do consumidor (TJCE, Proc. nº 0025016-05.2010.8.06.0117 Rel. Tereze Neumann Duarte Chaves, Publicado em 29/07/2020).

Já o Tribunal de Justiça do Paraná impõe que , “apesar da impossibilidade de vir a Lei dos Planos de Saúde a disciplinar Contratos antigos, o (a) s usuário (a) s não estão totalmente desprotegido (a) s, porquanto, como aqui e de regra, notório o enquadramento das partes nos conceitos de consumidora e fornecedora, segundo o que rezam os artigos 2.º e 3.º do Código de Defesa do Consumidor” (TJPR, Proc. nº 0013645-83.2014.8.16.0001, Rel. Elizabeth de Fatima Nogueira Calmon de Passos, Publicado em 15/02/2021).

Cabe aqui um destaque aos casos de negativa de cobertura de *stent*. Ele nada mais é do que é um pequeno tubo expansível em forma de rede colocado dentro de uma artéria visando mantê-la aberta, restaurando ou evitando a diminuição do fluxo sanguíneo por entupimento, mantendo a oxigenação dos tecidos.

Entretanto, como muitas operadoras negam a cobertura para os casos de órteses e próteses, elas se aproveitam disso para também negar a cobertura de *stents*, sob a alegação dele se tratar de uma prótese.

Isso se trata de flagrante má-fé, pois, conforme já explicado, a prótese tem como função substituir um membro ou parte do corpo. Dessa forma, não é possível qualificar um *stent* como prótese, já que ele não preenche esses requisitos.

Essa questão quanto a natureza do *stent* tem causado controvérsias no Poder Judiciário. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul comunga do entendimento de que o *stent* não é prótese(TJRS, AC 70047073671 RS, Rel.: Luís Augusto Coelho Braga, Publicado em 17/07/2013). Já os tribunais que reconhecem o *stent* como prótese, como o de Minas Gerais (TJMG, AI 10145150361908001, Rel.:Alberto Henrique, Publicado em 21/10/2015), reco-

nhece que eles são essenciais ao ato cirúrgico, o que tornam a negativa de cobertura desse material uma abusividade por parte das operadoras.



3

CAPÍTULO TRÊS

NEGATIVA DE ATENDIMENTO

Urgência e emergência e ausência de notificação de usuário inadimplente

Urgência e emergência, apesar de sua proximidade prática e semântica, tem significados distintos entre si. A urgência diz respeito a situações advindas de acidentes pessoais ou complicações no parto. Já a emergência trata de eventos nos quais há um risco à vida ou de lesões irreparáveis ao paciente.

A cobertura nos casos de urgência e emergência é garantida na Lei dos Planos de Saúde, por seu art. 35-C. Infelizmente, tais atendimentos costumam ter sua cobertura negada pelas operadoras de planos de saúde, sendo esta sua aquisibilidade mais praticada.

Nossos tribunais, como sempre, tem entendimento diverso das operadoras de planos de saúde. O STJ reconhece não só a necessidade de cobertura em casos de urgência e emergência como também determina que isso seja feito mesmo durante os prazos de carência (STJ, AgInt no AREsp: 1635279/RJ, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Publicado em 17/08/2020).

Já o Tribunal de Justiça de São Paulo, em sua Súmula 103, determina que "É abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde)".

Geralmente essa categoria de negativa de cobertura por parte das operadoras costuma ser derrubada na justiça através de medida liminar, diante da possibilidade de dano à vida ou à saúde do usuário de plano de saúde.

Quanto a ausência de notificação de usuário inadimplente, a operadora tem o direito de cancelar o plano de saúde em caso de falta de pagamento, mas não pode fazer isso de qualquer jeito. Existem regras que a operadora deve seguir, sob pena do cancelamento ser ilegal, mesmo em casos de inadimplência.

Em primeiro lugar, a rescisão do contrato só pode ser feita após 12 meses do seu início. E qualquer cláusula no contrato que permita a rescisão unilateral sem corresponder a lei é abusiva, e, portanto, nula, por colocar o usuário em uma posição de desvantagem exagerada.

Além disso, o pagamento do plano deve estar atrasado há mais de 60 dias, ao longo de um ano. Esse prazo pode ser consecutivo, caso sejam contados 60 dias corridos, ou acumulado, quando houver 10 dias de atraso durante seis meses no período de 12 meses, por exemplo.

Por fim, a operadora deve notificar o usuário pessoalmente até o 50º dia de inadimplência. Ou seja, essa notificação deve ser feita até 10 dias antes de se encerrar o prazo para que a operadora possa rescindir o contrato.

Contudo, alguns detalhes devem ser observados: os dias de atraso do pagamento em um ano podem ser somados, o plano não pode ser cancelado se o usuário estiver internado até que tenha alta e a operadora tem a obrigação de provar que o usuário recebeu a notificação da forma devida. O aviso da inadimplência em faturas e no boleto não é considerado para efeito de rescisão.

Caso a operadora tenha cancelado o plano sem ter notificado corretamente o usuário, o plano de saúde pode ser reativado. O Tribunal de Justiça de São Paulo entende que se a operadora aceita o pagamento das parcelas atrasadas, ela está perdendo o atraso, possibilitando o usuário voltar ao seu plano sem nenhuma nova carência (TJSP, Proc. nº 1018613-85.2017.8.26.0477, Rel. Carlos Alberto de Salles, Publicado em 19/02/2019).

Em caso de planos de saúde coletivos ou empresariais, caso a operadora opte por cancelar o contrato não é obrigação do empregador informar isso aos empregados. É a operadora que deve fazer isso, e o aviso deve ser feito individualmente.



4

CAPÍTULO QUATRO

ROMPIMENTO UNILATERAL DE CONTRATO

Quando o usuário de um plano de saúde se torna inadimplente, é comum a operadora se utilizar disso para suspender ou até cancelar o contrato. Ela tem o direito de fazer isso, mas não de qualquer jeito. Existem regras que a operadora deve seguir, sob pena do cancelamento ser ilegal mesmo, mesmo em casos de inadimplência.

Em primeiro lugar, a rescisão do contrato só pode ser feita após 12 meses do seu início. E qualquer cláusula no contrato que permita a rescisão unilateral sem estar de acordo com a lei é abusiva, e, portanto, nula, por colocar o usuário em uma posição de desvantagem exagerada.

Além disso, o pagamento do plano deve estar atrasado há mais de 60 dias, ao longo de um ano. Esse prazo pode ser consecutivo, caso sejam contados 60 dias corridos, ou acumulado, quando houver 10 dias de atraso durante seis meses no período de 12 meses, por exemplo.

Por fim, a operadora deve notificar o usuário pessoalmente, e não por um terceiro, até o 50º dia de inadimplência. Ou seja, essa notificação deve ser feita até 10 dias antes de se encerrar o prazo para que a operadora possa rescindir o contrato. Enquanto a notificação não ocorrer, o usuário pode fazer pleno uso dos serviços oferecidos pela operadora.

Todavia, alguns detalhes devem ser observados:

- Os dias de atraso do pagamento em um ano podem ser somados;
- O plano não pode ser cancelado se o usuário estiver internado até que tenha alta;
- A operadora tem a obrigação de provar que o usuário recebeu a notificação da forma devida;
- O aviso da inadimplência em faturas e no boleto não é considerado para efeito de rescisão.

Caso a operadora tenha cancelado o plano sem ter notificado corretamente o usuário, o plano de saúde pode ser reativado. E a justiça entende que se a operadora aceita o pagamento das parcelas atrasadas, ela está perdendo o atraso, possibilitando o usuário a voltar ao seu plano sem nenhuma nova carência.

Em caso de planos de saúde coletivos ou empresariais, caso a operadora opte por cancelar o contrato não é obrigação do empregador informar isso aos empregados. É a operadora que deve fazer isso, e o aviso deve ser feito individualmente.

Há também casos nos quais a operadora opta por cancelar o contrato por não ter interesse no usuário. Isso pode ocorrer tanto pelo valor cobrado na mensalidade, pela idade ou pela constante utilização do plano.

Independente do motivo, o cancelamento do contrato sem que o usuário concorde com isso é uma conduta abusiva por parte da operadora. O tribunal de Justiça da Bahia endossa esse entendimento, declarando que:

"A rescisão unilateral do contrato in casu, denota-se arbitrária e abusiva, ferindo a finalidade básica do contrato que é a prestação dos serviços essenciais de saúde aos agravados. A Resolução do contrato de consumo, prevista por cláusula constante do formulário de adesão, não poderá ficar na esfera de decisão do fornecedor, devendo ser observados os princípios fundamentais do CDC, razão pela qual agiu acertadamente a magistrada, ao conceder medida liminar atacada."

(TJBA, Ap. 42.678-5/2004, Rel. Maria José Sales Pereira. Julgado em 06/05/2005)



5

CAPÍTULO CINCO

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Quem contrata um plano de saúde é obrigado a conviver com reajustes que, em alguns casos, são muito questionáveis. No caso dos idosos, isso é ainda mais grave, pois as operadoras costumam impor condições extremamente abusivas especialmente quando envolve mudança de faixa etária.

No caso dos contratos assinados antes de 1999, os chamados *contratos antigos*, eles não estão sob a proteção da Lei dos Planos de Saúde. Desta forma, o reajuste por idade deve obedecer o que consta no contrato. Se o documento não prever essa condição, o reajuste não pode ser aplicado. Esses contratos, todavia, estão amparados tanto pelo Código de Defesa do Consumidor quanto pelo Estatuto do Idoso.

O Estatuto do Idoso, em seu art. 15, § 3º, proíbe a cobrança de valores diferenciados nos planos de saúde em razão da idade. Além disso, o art. 15 da Lei dos Planos de Saúde, não permite o reajuste do plano em razão da mudança de idade para aqueles com mais de 60 anos. Isso também vale para os planos de saúde coletivos, conforme decisão recente do STJ.

Foram estabelecidas 10 faixas etárias, sendo a primeira de 0 a 18 anos a e última de 59 anos ou mais. Com isso, o valor para esta última faixa não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária. E a variação acumulada entre a sétima (44 a 48 anos) e a décima (59 anos ou mais) não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira (0 a 18 anos) e a sétima (44 a 48 anos) faixas etárias.

Para tentar fugir da limitação imposta pelo Estatuto do Idoso, as operadoras de planos de saúde costumam empurrar no usuário de 59 anos um reajuste extorsivo, para compensar aqueles que ela não poderia mais cobrar, o que, em muitos casos, obriga o idoso a desistir do plano, ficando desassistido e em condições muito vulneráveis, não só em relação à sua saúde como também a sua vida.

Contudo, essa conduta é ilegal! O Superior Tribunal de Justiça já determinou que os reajustes não podem ser abusivos ou aleatórios de modo que tragam prejuízos ao consumidor ou discriminem o idoso.

Além disso, alguns tribunais de justiça, como o de São Paulo proíbem o reajuste da mensalidade do plano por mudança de faixa etária mesmo que o contrato tenha sido assinado antes da vigência do Estatuto do Idoso, bem como que o contrato de plano de saúde se submete tanto ao Código de Defesa do Consumidor quanto à Lei dos Planos de Saúde, mesmo que seja de data anterior à vigência dessas leis.

Quanto aos usuários de planos de saúde coletivos, o STJ decidiu recentemente que os planos de saúde coletivos podem ter reajustes por faixa etária. Dessa forma, assim como nos planos individuais, as operadoras de planos de saúde coletivos não vão mais poder aplicar reajustes por idade nos planos de quem chegar aos 60 anos.

Para isso, os seguintes critérios terão que ser obedecidos: o reajuste por idade deve estar previsto no contrato, deve seguir as normas da ANS e o cálculo do reajuste não pode ser feito de forma aleatória e não podem ser aplicados percentuais fora do que é razoável.

Entretanto, faltou o Superior Tribunal de Justiça definir um percentual de aumento ou critérios para defini-lo, bem como estabelecer quem deve provar se o reajuste é abusivo ou não. Por causa disso, a quantidade grande de processos nesse sentido deve continuar.



6

PLANO "FALSO COLETIVO"

Um dos abusos mais praticados pelas operadoras de planos de saúde é a venda de planos empresariais disfarçados de individuais. A essa prática se dá o nome de "falso coletivo".

A questão envolvendo o plano de saúde falso coletivo tem a ver com os reajustes. Os planos individuais ou familiares tem esse índice definido pela ANS. Já os planos de empresariais tem seus reajustes negociados entre a operadora e a empresa, caso elas tenham mais 30 pessoas. Abaixo, disso, o reajuste é determinado apenas pela operadora.

Por causa disso, e pelo fato de não ficarem presos aos limites impostos pela ANS, as operadoras quase não vendem mais planos individuais e familiares, concentrando seus esforços nos planos coletivos e empresariais.

Para se ter uma breve noção disso, o índice de reajuste de 2021 ficou negativo em 8,14%, ou seja, os planos de saúde individuais e familiares ficaram mais baratos para seus usuários. Essa limitação, no entanto, não atinge os planos coletivos e empresariais.

A operadora, ao vender seus planos para indivíduos ou grupos familiares, cria opções de planos empresariais para até 30 pessoas, bastando apenas que alguém do grupo tenha um CNPJ.

Como é geralmente composto por familiares, conhecidos ou pequenos empreendedores, essa modalidade de plano atrai porque tem uma cobertura médica aceitável e um preço reduzido. Essa maravilha toda acaba quando começam os reajustes. É aqui que ocorre o problema.

Como nessa modalidade de plano de saúde tem uma quantidade limitada de pessoas, as operadoras ficam livres para aplicar quaisquer reajustes que quiserem, encarecendo o valor das mensalidades ao ponto do preço delas chegar a dobrar de um ano para o outro.

Se um plano de saúde desse tipo abrange, por exemplo, quatro membros de uma mesma família, eles, em vez de terem seus índices determinados pela ANS, ficam sujeitos a má-fé das operadoras e seus reajustes extorsivos.

7

CAPÍTULO SETE

REDE CREDENCIADA

Quando um usuário contrata um plano de saúde, o que mais é considerado é a qualidade da rede de hospitais, clínicas e profissionais que ficarão à sua disposição. Todavia, problemas costumam ocorrer em casos de alterações na rede.

Ao contratar um plano de saúde, você tem acesso a uma rede credenciada. Ela é uma lista de todos os médicos, clínicas, consultórios, laboratórios e hospitais, indicados pela operadora para atendimento dos usuários.

Entretanto, por motivos variados, a operadora pode se ver obrigada a trocar parte da sua rede credenciada. Embora seja algo corriqueiro, é aí que começam os problemas.

Quando precisam efetuar alguma mudança em sua rede credenciada, as operadoras quase sempre fazem isso sem avisar o usuário, que, muitas vezes, só descobre na hora de solicitar o exame ou tratamento. Além disso, quando essa mudança ocorre, geralmente a qualidade de quem entrou na rede é inferior àquele que saiu.

Essa conduta é contrária ao que determina a ANS. A operadora só pode descredenciar um integrante de sua rede credenciada em caráter excepcional.

Desta forma, qualquer mudança de prestador da rede credenciada em que não haja a substituição por outro de igual qualidade e com o aviso prévio de 30 dias resulta em quebra de contrato pela operadora, conforme consta no art. 17 da lei dos Planos de Saúde.

Os tribunais estaduais seguem essa linha. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro determina que a operadora, "embora não possua a obrigação legal de manter-se indefinidamente vinculada aos hospitais previstos em sua rede credenciada quando da contratação, deve observar o dever de informação (art. 6º, III, CDC) para que haja o descredenciamento de nosocômio¹, nos termos do art. 17 da Lei nº 9.656/98.(TJRJ - APL: 02126783620158190001, Relator: Des(a). Sérgio Nogueira de Azeredo, Data de Julgamento: 27/11/2019).

¹ Sinônimo de hospital

O Tribunal de Justiça de São Paulo segue essa linha argumentativa, declarando ainda que "A alteração da rede credenciada deve obrigatoriamente ser informada ao beneficiário por força do que estabelecem o Código de Defesa do Consumidor e a Lei nº 9.656 /98², tratando-se de prática abusiva a falta de notificação" (TJSP - APL: 1053343-31.2013.8.26.0100, relator: Sílvia Maria Facchina Esposito Martinez, Data de Publicação: 17/11/2015).

Além disso, a ANS está para aprovar uma norma determinando que mudança na rede credenciada pelas operadoras no tocante a hospitais dá ao consumidor o direito de realizar a portabilidade, ou seja, a troca de plano de saúde sem ter que cumprir novo período de carência

Isso é válido para o caso de descredenciamento de hospital ou na cidade de moradia do consumidor ou na cidade onde o plano foi contratado. O prazo para portabilidade será de 180 dias a partir da data de saída da unidade da rede.



² Lei dos Planos de Saúde

8

CAPÍTULO OITO

HOME CARE

O *home care*, também conhecido como internação domiciliar, não consta no rol de procedimentos da ANS. Entretanto, a agência reguladora deixa claro que nada impede a oferta da cobertura por parte da operadora de plano de saúde, desde que haja prescrição médica através de laudo. Se ela não a autorizar, fica obrigada a manter o paciente internado até ele ter condições de alta.

Quando é orientado ao paciente dar continuidade ao seu tratamento no sistema de *home care* e operadora nega a cobertura, ela prejudica o seu usuário, seja por não fornecer o serviço pelo fato do mesmo no estar descrito no contrato ou no rol, da ANS, seja por não arcar com os custos da internação, sob a alegação de que o pedido de *home care* prova que o paciente não necessita mais de recursos hospitalares.

Alguns pacientes, embora não estejam mais em risco e não necessitem de outros procedimentos específicos, não podem receber alta devido à dependência de recursos hospitalares. Eles permanecem no hospital não porque estão se recuperando ou aguardando a cirurgia, mas por precisarem manter certas condições que só existem no hospital e que só pode ser reproduzido fora desse ambiente através do *home care*.

Antes de solicitar a cobertura de *home care* junto à operadora, o paciente deve pedir ao médico de forma detalhada todas as necessidades do paciente, devendo ser informados os equipamentos necessários, quais os profissionais que deverão atender o paciente em sua residência, a frequência das visitas e o tempo de permanência no local, bem como medicamentos e materiais, com a devida justificativa.

De posse dessas informações, o paciente deve fazer o pedido de cobertura junto à operadora, antes da declaração de alta. Se, ainda assim, a operadora nega a cobertura ou a autorize de forma que não alcance as necessidades do paciente, é possível dar entrada em uma ação judicial com pedido de antecipação de tutela de urgência, também conhecida como liminar.

A justiça nesses casos tem sido favorável ao paciente. O Superior Tribunal de Justiça determina ser abusiva a cláusula contratual que proíba a internação domiciliar. Além disso, o tribunal “reconhece o direito ao recebimento de indenização por danos morais oriundos da injusta recusa de cobertura, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já abalado e com a saúde debilitada” (STJ, AgInt no AREsp 1.450.651/SP , Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, publicado no DJe em 18/9/2019).

Já o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, através da Súmula nº 90, consolidou o entendimento que “havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de ‘home care’, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer”.

O tribuna de Justiça do Rio de Janeiro complementa esses entendimentos ao declara que “a operadora de plano de saúde pode estabelecer as hipóteses que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado” (TJRJ, AI: 00952797620218190000, Relatora: Helda Lima Meireles, Publicado em 13/04/2022), reforçando que o definidor para que a cobertura do home care seja dada ou não é o laudo médico, e não a vontade da operadora.



9

CAPÍTULO OITO

ROL DA ANS TAXATIVO

Em 8 de junho de 2022 os Ministros do Superior Tribunal de Justiça (STJ), determinaram que o rol de procedimentos da ANS é taxativo. Esta decisão em tese, coloca em risco a cobertura de uma série de exames e procedimentos dos usuários de planos de saúde.

Para fins explicativos, o Rol da ANS é uma lista de procedimentos, exames e tratamentos de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde.

Com a aplicação da taxatividade a esse lista pelo STJ, as operadoras não serão mais obrigadas a arcar com nenhum outro procedimento, tratamento ou exame que esteja fora dessa lista, diferentemente do que vinha sendo observado por 20 anos.

Contudo, essa taxatividade não é absoluta. Há exceções! Cada caso terá que ser analisado e decidido de forma individual, havendo a possibilidade da não aplicação da taxatividade se a situação assim exigir.

O STJ, mesmo entendendo o rol da ANS como taxativo, determinou que a operadora continua obrigada a prestar a cobertura de exames e procedimentos fora do rol caso não haja contido nele uma alternativa semelhante.

Para isso, os seguintes requisitos devem ser observados quanto ao exame ou procedimento prescrito pelo médico:

- Sua inclusão no rol não pode ter sido recusada pela ANS;
- Sua eficácia deve ser comprovada através da medicina baseada em evidências;
- Deve ser recomendado por órgãos técnicos de renome nacional e estrangeira;
- Quando possível, o juiz deve dialogar com entidades ou pessoas especialistas na área.

O STJ determinou, ainda, a possibilidade de contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento além do que determina o rol.

A decisão do STJ serve como referência para os juízes e tribunais estaduais ao lidarem com casos desse tipo, mas ela não é vinculativa. Isso significa que os julgadores não são obrigados a seguir esse entendimento. Dessa forma, a decisão do STJ não afeta Estados cujos tribunais de justiça tenham entendimento consolidado sobre o tema por súmulas.

Um exemplo disso é a súmula 102, do Tribunal de Justiça de São Paulo, na qual, “havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.”

Outro exemplo é a súmula 211 do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, dispondo que, “havendo divergência entre o seguro saúde contratado e o profissional responsável pelo procedimento cirúrgico, quanto à técnica e ao material a serem empregados, a escolha cabe ao médico incumbido de sua realização.”

Apenas nessas duas situações os Tribunais de Justiça consolidaram entendimento sobre a obrigatoriedade de concessão de cobertura por parte da operadora mediante prescrição médica. Desta forma, As súmulas acima vinculam os juízes abrangidos por elas, de modo que, em nosso entender, a decisão do STJ sobre a taxatividade do rol da ANS não afeta os Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo.

O Estado que mais chega perto disso é a Bahia, em que seu respectivo tribunal de justiça, por meio da súmula 12 limitou a prevalência do relatório médico nas coberturas de planos de saúde apenas ao *home care*.

Outra questão a ser analisada é o fato do STJ, em sua súmula nº 609, ter consolidado o entendimento de que se aplica o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde.

Dessa forma, considerando o princípio da inversão do ônus da prova presente nesse código, caberá às operadoras provarem que o rol da ANS disponibiliza opção como a que foi prescrita pelo médico, bem como que a mesma segue todos os requisitos impostos pelo STJ.

O relatório médico, portanto, não só continua essencial nas ações envolvendo planos de saúde como tem sua importância ampliada diante dessa recente decisão do STJ. Agora, caberá ao médico descrever o relatório de forma muito mais detalhada, informando que foram tentadas outras alternativas além da que foi prescrita e porque não deram certo.

Além disso, deve ficar claro no relatório que o exame ou procedimento solicitado é o melhor para o paciente e que não há para ele alternativa similar no rol da ANS.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar, que reúne as maiores operadoras do país, já determinou que os planos de saúde cobrirão todas as doenças descritas no CID (Classificação Internacional de Doenças), mesmo com o rol taxativo. Caberá ao usuário, portanto, ficar alerta para evitar que a operadora descumpra o prometido e garanta seu direito a cobertura.

É importante deixar claro que questões envolvendo *home care*, cirurgia pós bariátrica para retirada de excesso de pele e remédios *off label*, visto que as mesmas não envolvem questões contratuais nem dizem respeito ao rol da ANS

A decisão proferida pelo STJ é bastante questionável e prejudica uma parcela bastante significativa da população, mas não há motivo para pânico.

O único efeito prático dessa decisão é que agora os julgadores que entendem o rol da ANS como sendo taxativo agora terão liberdade para julgar de acor com suas convicções, mas, como foi visto acima, isso pode ser contornado.

As exceções feitas pelo tribunal não facilitam a vida do usuário de planos de saúde, mas possibilitam que eles possam defender seus direitos, e as considerações aqui feitas contribuem para que esse alcance possa ser ampliado.



Considerações Finais

Independente da categoria de abuso que o usuário tenha sofrido por parte de sua operadora de plano de saúde, é importante tentar resolver o problema de forma amigável, contatando-a e expondo o ocorrido além de deixar esse contato devidamente registrado, seja por e-mails, seja por números de protocolo de atendimento. Não custa lembrar: número de protocolo É PROVA!

Caso a operadora insista na conduta abusiva, além do registro desses contatos, o usuário precisará dos seguintes documentos:

- >RG, CPF e Comprovante de Residência.
- >Comprovante de renda.
- >Carteira do plano.
- >Comprovantes de pagamento, sobretudo das seis últimas mensalidades.
- >Cópia do contrato, caso possua.
- >Laudos, exames e prontuários (conforme indicado no último capítulo).
- >Relatório médico detalhado e datado.
- >Comunicação da negativa da autorização do procedimento pelo plano de saúde (em casos de negativa de cobertura, sendo a operadora obrigada a fornecer esse documento).
- >Histórico de internações.

Com as informações aqui dadas e de posse dos documentos acima descritos, é possível o usuário proteger seus direitos de quaisquer abusos praticados pelas operadoras de planos de saúde.

Os abusos praticados pelas operadoras de planos de saúde lideram o ranking de ações nos juizados especiais. Muitos usuários, movidos pelo desespero, desconhecem os seus direitos e não sabem como agir nessas situações. A finalidade desse livro é justamente orientar aqueles que sofrem com as condutas abusivas das operadoras de planos de saúde, mostrando os direitos do consumidor desse importante serviço acompanhado das decisões dos tribunais sobre os temas abordados, de forma bem simples e didática.