

Gerência/Diretoria: _____

Protocolo nº 33902 /2008 - _____

Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____



Despacho n.º 122/2008/CEP-RN 44/DIFIS/ANS

Ref.ao Proc. Administrativo nº 33902.050120/2007-28

Rio de Janeiro, 29 de julho de 2008.

I – DO RELATÓRIO

Trata-se de denúncia oferecida por **H.S.O.** (fl. 04), beneficiário da **BRADESCO SAÚDE S.A**, acerca de suposta prática ofensiva à legislação da saúde suplementar, qual seja, a infração à norma que veda a exigência de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito – RN 44/03 - por parte do **HOSPITAL JORGE VALENTE**.

Consta dos autos que no dia 10/03/2005 o beneficiário precisou de atendimento de emergência no hospital em epígrafe quando não foi atendido sobre a alegação de que seu contrato não contemplaria esse tipo de atendimento. Para efetivar o atendimento, precisou prestar um cheque caução no valor de R\$1.000,00 (mil reais) para ser trocado caso a operadora o cobrisse ao final. Como a operadora não cobriu o atendimento, o beneficiário voltou ao nosocômio no dia seguinte e trocou o cheque.

Oficiado hospital, este apresentou a resposta de fls. 12/13, onde afirma que *“foi prestado pronto atendimento ao Sr. H.S.O., no dia 03/03/2005 e não no dia 10/03/2005 como consta na denúncia, em caráter particular, mediante*

apresentação de cheque caução no valor de R\$1.000,00 (mil reais). Não consta qualquer registro de que o paciente era segurado da Bradesco Saúde. (...) O atendimento mencionado foi pago pelo paciente em 14/03/2005, no valor de R\$294,64 (duzentos e noventa e quatro reais e sessenta centavos) e devolvido imediatamente o cheque caução."

A fls. 15/58, manifestou-se a operadora, esclarecendo que o objeto do seguro consiste no reembolso das despesas médico-hospitalares com liberdade de escolha de hospitais e médicos. O contrato permitiria ao segurado escolher por profissional ou estabelecimento médico de sua preferência, dentre aqueles que foram referenciados pela Bradesco, sendo que esta pagaria o serviço diretamente ao prestador em nome e por conta do segurado. No caso de realização de procedimentos na rede referenciada e que necessitassem de autorização prévia da Seguradora, as instituições realizariam contato telefônico com a Central de Atendimento da Operadora para solicitação de senha, utilizando-se a Seguradora do mesmo recurso para proceder às liberações, em sua grande parte, no mesmo contato, ou imediatamente após. Ao final, afirma que "constatamos que o segurado apresentou para reembolso em 23/03/2005, a nota fiscal n./ 3456 no valor de R\$294,64 referente as despesas de atendimento de emergência no Hospital Professor Jorge Valente em 10/03/2005. Procedemos com a liberação do reembolso no valor integral, conforme cópia do comprovante de depósito que segue em anexo."

Neste sentido, acostou diversos documentos, dentre eles o contrato do beneficiário, comprovante do depósito do reembolso, cópia da correspondência do Hospital e ao NURAF.BA.

Enviada comunicação ao denunciante, este não ofereceu resposta. Compulsando-se os autos, verifica-se que isto decorre do seu falecimento no curso da instrução, com o cancelamento da apólice do segurado em 06/12/2005.

Extraídas cópias do processo judicial que tramitou no NURAF.BA (fls.63/73), verifica-se a diligência por telefone realizada com o segurado onde este afirma que *“recebeu o valor do declarado (do reembolso), mas questionou sobre o pagamento das despesas médicas hospitalares diretamente ao prestador, pois, apesar de possuir contrato de padrão hospitalar, não tinha havido anteriormente, no caso de emergência, a necessidade de pagar diretamente ao prestador.”* Mesma providência foi tomada em relação ao nosocômio, extraíndo-se as seguintes afirmações: *“que o hospital pertence a rede referenciada da OPS e que aos segurados que só possuem plano de seguro hospitalar, o hospital só atende urgência decorrente de acidente pessoal e nos casos de emergência a nível ambulatorial só através de pagamento direto, depois, o segurado solicita reembolso na OPS.”*

É o relatório, passo a fundamentar.

II - DA FUNDAMENTAÇÃO

A Resolução Normativa n.º 44 proíbe a exigência de caução por parte dos prestadores de serviços aos beneficiários de operadoras de planos de assistência à saúde. Assim, em nenhuma situação é lícita a cobrança de caução, depósito, nota promissória ou qualquer outro título de crédito no ato ou anteriormente à prestação do serviço. O objetivo da norma é garantir o acesso do usuário ao atendimento necessitado sem que haja dupla cobrança pelo serviço, isto é, o pagamento das mensalidades à operadora e o caucionamento junto ao prestador do serviço.

No caso em tela, não restam dúvidas quanto à cobrança do cheque caução, posto que o próprio nosocômio afirma que prestou atendimento ao denunciante mediante a apresentação de um cheque caução no valor de

R\$1.000,00 (mil reais), quando o valor do serviço era de R\$294,64 (duzentos e noventa e quatro reais e sessenta centavos).

A dúvida reside em saber se o atendimento prestado deu-se de forma particular ou se houve dupla cobrança feita pelo hospital a paciente sabidamente contratante de plano de assistência à saúde.

Explico-me. Conforme entendimento consolidado por esta Comissão Especial, nas hipóteses em que a operadora nega cobertura ao atendimento solicitado por um de seus credenciados junto à rede de prestadores, é lícito a estes negociarem diretamente com o particular como será custeado o tratamento. Neste caso, não há que se falar em infração à Resolução Normativa n.º 44, de 2003, posto que o paciente não está amparada em contrato de assistência à saúde, sendo tratado como qualquer particular o seria. Há exigência de cheque caução, mas a ilicitude desta conduta deverá ser discutida na via judicial, fugindo de nossas atribuições a análise desta cobrança.

Parece-me, porém, que a situação dos autos é diversa da acima exposta. Compulsando-se os autos, verifica-se que o denunciante era segurado da operadora e tinha cumprido todas as carências contratuais. Ciente disso, procurou um hospital pertencente à rede referenciada da operadora, hipótese na qual tem garantido o pagamento dos serviços médico-hospitalares diretamente pela seguradora, isto é, sem a necessidade de pagar primeiro para só depois buscar o reembolso.

Tal benefício é previsto contratualmente (fls. 30) e reafirmado pela própria operadora, quando afirma que ***“se o hospital contatasse a nossa central de atendimentos para solicitar autorização de senha para tratamento do segurado, prestando os devidos esclarecimentos quanto à situação de emergência, a seguradora iria autorizar de imediato o atendimento realizado, o que conseqüentemente iríamos arcar com o pagamento das***

despesas médico-hospitalares diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do segurado”.

Depreende-se do afirmado que simplesmente não houve comunicação do hospital com a operadora solicitando a autorização do atendimento. Afirma o nosocômio que *“não consta qualquer registro de que o paciente era segurado do Bradesco Saúde”.*

Ora, é pouco crível que o segurado há mais de 6 anos com a operadora fosse esquecer de afirmar sua qualidade de beneficiário e, conseqüentemente, se abster de custear o tratamento médico de urgência. Não é lógico que o mesmo desejasse pagar se poderia receber o atendimento sem qualquer ônus financeiro. Por que pagaria um atendimento particular num hospital que pertence à rede preferencial de sua operadora? Se fosse para pagar o seu plano de saúde e receber o atendimento num hospital de sua confiança, não iria justamente num hospital pertencente à rede referenciada, onde nada precisaria pagar.

Ressalte-se que não se está aqui a inverter o ônus da prova em prejuízo do denunciado. O que se faz necessário é a integração dos fatos utilizando-se de presunções lógicas.

Há bastante coerência nas afirmações feitas pelo denunciante e pouca razoabilidade na versão do denunciado. Infelizmente, não se fez possível dirimir o impasse com a resposta a uma única pergunta: o paciente se apresentou como beneficiário da Bradesco Saúde? Sendo negativa a resposta, o hospital poderia cobrar o atendimento, pois estaria diante de um particular como outro qualquer. Caso contrário, configurada estará a cobrança de cheque caução vedada pela RN/44.

A morte do beneficiado ocorrida no curso da instrução não me impede de formar meu livre convencimento dos fatos. Valho-me, para tanto, da diligência por telefone realizada pelo NURAF.BA. Nesta ocasião, o beneficiado questionou

o pagamento das despesas médico-hospitalares diretamente ao prestador, posto que nunca antes precisou custear o atendimento quando em situação de emergência.

Ora, se ele tivesse se apresentado como particular porque simplesmente elegeu aquele hospital como o melhor para atendê-lo, não haveria razão para estranhar a cobrança, vez que a fora a rede pública e os hospitais filantrópicos, todos os demais cobram pelo seu serviço e nenhum particular pede ressarcimento ao SUS por isso!

Fácil se concluir que o hospital exigiu o cheque caução não obstante o paciente possuísse plano de assistência à saúde. Talvez isso se deva ao fato de que sendo o hospital pertencente à rede referenciada, a forma de custeio varia conforme o tratamento prestado. Tendo o segurado plano de seguro hospitalar, o hospital só o atende em casos de emergência a nível ambulatorial através de pagamento direto.

Todavia, embora inquirido quanto à espécie de atendimento prestado, o hospital se esquivou de confirmar se este era de fato de emergência. Tal qualidade, porém, é desimportante para a elucidação do caso, vez que seu contrato garantia-lhe o pagamento direto pela seguradora – fosse o atendimento de urgência/emergência ou não.

Assim, seja qual for a razão que o motivou, a verdade é que o hospital exigiu cheque caução de paciente beneficiário de plano de assistência à saúde, estando clara a adequação de sua conduta a figura típica prevista no art. 1º da Resolução Normativa n.º 44, de 2003.

III – DA CONCLUSÃO

Pelo exposto, sugiro:

- 1) A extração de cópia integral destes autos, para arquivo da Comissão;
- 2) A remessa dos autos do processo original ao Ministério Público Federal, nos exatos termos do art. 2º, §1º, da Resolução Normativa – RN 44;
- 3) O envio de notícia desta decisão à Assessoria de Comunicação desta Agência, nos termos do art. 2º, §2º, da RN 44;
- 4) A expedição de carta aos herdeiros do beneficiário dando-lhes conta do desfecho do presente processo.

MARIANA BRITO L. C. S. F. PAUZEIRO

Mat. SIAPE nº 1536948

Membro da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003

De acordo:

LUIZ FERNANDO PONTES FREITAS

Mat. SIAPE nº 1311883

Presidente da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003

FABRÍCIA GOLTARA VASCONCELLOS

Mat. SIAPE nº 1512464

Membro da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003

CARLOS GUSTAVO LOPES DA SILVA

Mat. SIAPE nº 1512427

Membro da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003

MIRELA BOTTINO

Mat. SIAPE nº 6647242

Membro da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003