



São Paulo, 05 de setembro de 2014.

Ofício nº 3120.09/14

**À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**  
**A/C Dr. André Longo Araújo de Melo – DD. Diretor-Presidente**  
**Av. Augusto Severo nº 84, 9º andar – Glória**  
**Rio de Janeiro/RJ CEP: 20021-040**  
[andre.longo@ans.gov.br](mailto:andre.longo@ans.gov.br)

C/C

**Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - Gerência Geral de Estrutura e Operação de Produtos**  
[ggeop.dipro@ans.gov.br](mailto:ggeop.dipro@ans.gov.br)

**Ref.: 3ª Reunião da Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes**

Prezados Senhores,

A **PROTESTE** – Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, por meio do Departamento de Relações Institucionais, que este subscreve, vem à presença de V.Sa., **ENCAMINHAR SUAS CONSIDERAÇÕES** sobre a proposta apresentada na 3ª Reunião da Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes, bem como **APRESENTAR SUAS CONTRIBUIÇÕES**, de forma que se consiga atingir os objetivos de corrigir as imperfeições do mercado, diminuir a assimetria de informação, buscar maior qualidade e, sobretudo, atender com mais integralidade as necessidades de atenção à saúde do consumidor brasileiro.

Inicialmente, cumpre demonstrar nossa discordância com a postura adotada pelas Operadoras de planos de saúde e pela própria ANS. De acordo com os dados apresentados por esta Agência na 2ª Reunião da Câmara Técnica, realizada no dia 05/06/20014, nos anos de 2012 e 2013 foram registradas 2.545 NIPs de negativa de cobertura com fundamento de defesa a alegação de DLP. Enquanto isto, neste mesmo período, foram instaurados apenas 825 processos administrativos, sendo que 73% desta demanda foi arquivada sem análise.

Esses dados nos leva a crer que, além de omissão da Agência, as Operadoras cometeram uma prática abusiva. Ora, esta é uma prática abusiva, tendo em vista que a Lei 9.656/98 é muito clara quando proíbe a suspensão da assistência à saúde até que se prove o prévio conhecimento da doença pelo consumidor e sua eventual má-fé no preenchimento de seus dados no momento da contratação, através do Processo Administrativo específico para este fim. Entretanto não foi o que aconteceu nos últimos anos.

A PROTESTE considera essa situação extremamente preocupante e prejudicial aos usuários do sistema de saúde suplementar, que são os principais prejudicados frente à suspensão indevida da assistência contratada, ficando sem atendimento no momento que mais precisam.

É imprescindível que sejam adotadas e aplicadas as medidas punitivas cabíveis pela ANS que além da sua competência normativa, como órgão regulador, pode e deve fiscalizar as operadoras que descumprem suas regras. A regulação se processa sobre o setor regulado como um todo na busca de um modelo que privilegie a ética e as boas práticas empresariais, com respeito ao direito dos consumidores.

Além disso, é lamentoso o tom que Operadoras têm adotado nas reuniões da Câmara Técnica, no sentido de já presumir, como regra geral, a fraude e a má-fé do consumidor no preenchimento da Declaração de Saúde, contrariando o nosso ordenamento jurídico da boa-fé, que é presumida nas relações de consumo. No art. 4º do CDC está expresso que a política nacional das relações de consumo será harmonizada com a valoração dos interesses, de acordo e com base na boa-fé.

Assim, se não devidamente comprovada a má-fé do consumidor pela Operadora, não há que se falar em fraude e eventual suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato. A própria conceituação de DLP trazida pelo art. 2º, I, da RN 162/2007, é baseada na boa-fé do consumidor ao preencher a Declaração de Saúde no momento da contratação do plano.

Tanto é que o Poder Judiciário reconhece que só o fato de o consumidor ser portador de uma doença à data da contratação do plano de saúde, e não informá-la, não permite a conclusão de que tenha agido de má-fé, considerando-se que, se não tinha conhecimento da doença, não se lhe poderia exigir tal informação.

Desta forma concordamos com a proposta da ANS de estabelecer critérios para a qualificação do ato da venda/inclusão do consumidor no plano de saúde e, especialmente, quando estabelece o fim da possível alegação de fraude por omissão de DLP pela Operadora, a qualquer momento, como vem acontecendo. Nos debates da Câmara Técnica, restou claramente demonstrado

que as Operadoras se satisfazem apenas com o preenchimento da declaração de saúde e o pagamento das mensalidades pelo fato de, posteriormente, se utilizarem da negativa de cobertura para não atender de forma devida e integral o consumidor, fugindo assim da sua responsabilidade em provar o prévio conhecimento da doença e eventual má-fé no preenchimento de seus dados no momento da contratação, conforme preconiza a Lei 9.656/98.

Entretanto, aguardamos posicionamento formal desta Agência quanto aos argumentos proferidos pelos representantes das Operadoras na 3ª Reunião da Câmara Técnica de que, com a extinção do processo administrativo, caso suponham que houve omissão de DLP por parte do consumidor, ainda que tenha passado pela entrevista qualificada, a assistência será automaticamente suspensa e o contrato rescindido unilateralmente. Segue trecho que consta na transcrição da 3ª Reunião que demonstra claramente a intenção das Operadoras em agir desta forma: "nesse processo administrativo o que eu estou entendendo é que, uma vez constatado esse caso, a operadora vai poder imediatamente rescindir o contrato por fraude". Isso é um verdadeiro absurdo e incoerente com os objetivos da Câmara Técnica em buscar soluções para as demandas que hoje envolvem o ingresso do consumidor e a declaração das DLPs.

Esta prática deve ser veemente proibida pela Agência, já que as Operadoras têm todo o aparato jurídico para buscar seus direitos por meio das ações judiciais cabíveis em casos de comprovada má-fé do consumidor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde.

O caput do art. 4º da Lei nº 8.078/90 é claro ao estabelecer que o objetivo da Política Nacional de Relações de Consumo deve ser o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria de sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia nas relações de consumo. E é isso que deve ser almejado por todos os atores do sistema de saúde suplementar, observando ainda que os contratos de planos de saúde não podem servir apenas aos interesses das Operadoras, mas deve estar em conformidade com sua função social.

Não há dúvida de que *"a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais"* (art. 196 da Constituição Federal). Ao mesmo tempo, a Carta Maior assegurou que *"a assistência à saúde é livre à iniciativa privada", a esta possibilitando "participar de forma complementar do sistema único de saúde"* (art. 199 e §1º). Assim, as empresas e entidades interessadas na prestação desse serviço de caráter público devem seguir as regras do Código de Defesa do Consumidor, norma de ordem pública que norteia todas as relações de consumo.

Aproveitamos também para questionar esta Agência se, na entrevista qualificada, for alegado pelo representante da Operadora que o consumidor possui alguma DLP que ele desconhece ou discorda, como será resolvido este impasse?

Feitas essas observações, nos posicionamos ainda totalmente contrários às contribuições apresentadas pelas Operadoras, especialmente quanto a possibilidade de haver questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos na Declaração de Saúde. Caso sejam permitidos pela ANS os questionamentos sobre hábitos de vida, assim como tornar obrigatória a realização ou apresentação de exames prévios, esta Agência estará sendo conivente com práticas que ferem o inciso X do artigo 5º da Constituição, que define como invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. Para evitar questionamentos como estes, deveria então a ANS padronizar a Declaração de Saúde.

Ainda, não há de se admitir os prazos propostos de 20, 30, 45, 60 dias para o lapso temporal prévio à vigência do contrato, sob pena de dificultar ainda mais o acesso aos consumidores a este serviço de caráter público.

Sendo o que tínhamos para nos manifestar no momento, colocamo-nos à disposição para o que se fizer necessário.

Nesta oportunidade, renovamos nossos protestos de apreço e consideração.

Cordialmente,



**Maria Inês Dolci**  
**Coordenadora Institucional**

**Meios de Contato:**

**Fone: (11) 5085-3595 / Fax: (11) 5573-5652**

**E-mail: [midolci@proteste.org.br](mailto:midolci@proteste.org.br) / [polyannacarlos@hotmail.com](mailto:polyannacarlos@hotmail.com)**