



São Paulo, 12 de maio de 2014.

Ofício nº 2972.05/14

**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.: 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 1ª 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 esclarecer que a PROTESTE não discorda que a imposição da carência (Cobertura Parcial Temporária - CPT) para as Doenças ou Lesões Preexistentes viabiliza financeiramente o mercado e ajuda evitar a seleção de risco. Entretanto, consideramos o período de 24 meses demasiadamente alto e prejudicial aos consumidores, especialmente quando reconhecemos a vulnerabilidade e hipossuficiência destes consumidores usuários de planos de saúde.

Ainda, por falta de consenso na conceituação do termo “doença ou lesão preexistente”, as Operadoras têm considerado indiscriminadamente inúmeras doenças como preexistentes, utilizando esse argumento para negar, muitas vezes indevidamente, a cobertura de procedimentos, conforme nos mostra o alto número de demandas que têm movimentado o Poder Judiciário brasileiro.

Em sua apresentação na 1ª reunião da Câmara Técnica realizada no dia 03/04/2014, a ANS apresentou dados demonstrando o baixo número de processos administrativos instaurados pelas Operadoras para julgamento de eventual fraude no preenchimento da declaração de saúde pelo consumidor, assim como o elevado índice de improcedência destas demandas. Conhecendo estes dados, durante a reunião, solicitamos que a Agência apresentasse também aos membros da Câmara Técnica o número de NIPs de negativa de cobertura com defesas fundamentadas pelas Operadoras em doenças ou lesões preexistentes não declaradas pelos consumidores.

Reiteramos nossa solicitação e requeremos ainda o número de NIPs que foram encerradas como positivas. O conhecimento destes dados é importante na medida que, de acordo com a Lei 9.656/98, as Operadoras não poderiam negar cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente não declarada, uma vez que existe procedimento próprio para investigação de eventuais fraudes, inclusive com responsabilidade da Operadora em provar à ANS que o consumidor sabia ser portador no momento da contratação.

Entretanto, nos parece que o procedimento mais comum adotado pelas Operadoras é a negativa de cobertura sob o fundamento de carência pela existência de uma DLP supostamente não declarada e não a abertura de processo administrativo para cancelamento do plano.

Tal situação nos faz acreditar 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. Desta forma, consideramos que as negativas de cobertura sem abertura de processo administrativo são práticas abusivas.

Resta claro que não há que se falar em fraude se não comprovada a má-fé do consumidor pela Operadora. 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. Não podemos nos distanciar da premissa que, em regra geral, é a boa-fé que norteia as relações de consumo.

Quanto ao dever de orientação, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, cabe a todos os fornecedores participantes da relação de consumo, ou seja, cabe tanto às Operadoras quanto às Administradoras de Benefício auxiliar o consumidor no preenchimento da declaração de saúde. O direito à informação adequada, suficiente e veraz é um dos pilares do direito do consumidor e, gera, portanto, para o fornecedor, possuidor de maior capacidade técnica, o dever de prestar todas as informações sobre as características dos produtos e serviços, como forma de proteção efetiva do consumidor e respeito à sua liberdade de escolha.

Neste mesmo sentido, o fornecedor ou prestador de serviços que viole o dever de informar responde pelos danos que causar ao consumidor, sendo solidariamente responsáveis todos os intervenientes na cadeia de consumo que hajam igualmente violado este dever de informação.

A Agência não pode permitir que as Operadoras imputem a responsabilidade exclusivamente ao consumidor do preenchimento de um formulário que muitas vezes é preenchido pelo próprio Corretor que tem interesse na venda. É dever da Operadora atuar com cautela nas contratações, assumindo os riscos do negócio que se dispôs a oferecer no mercado de consumo.

Inclusive este é o posicionamento que tem predominado em nossos Tribunais, que reconhecem que cabe às Operadoras de planos de saúde, por possuírem maior capacidade técnica, exigirem, se for o caso, a realização de perícia após a entrevista qualificada que precede a contratação. Se não o fazem, não podem, posteriormente, alegar a negativa de cobertura por tratar-se de doença preexistente.

O Superior Tribunal de Justiça se posicionou no sentido de que "(...) a par de tal realidade, cumpre pontuar que a jurisprudência desta Corte Superior é no sentido de que a não realização de exames prévios de admissibilidade do contratante ao plano de seguro implica, em princípio, a assunção do risco pela seguradora e, conseqüentemente, sua responsabilização por eventual sinistro. Isso porque não se discute que a seguradora - que não exigiu exames médicos previamente à contratação -, não pode descumprir a obrigação indenizatória sob a alegação de que houve omissão de informações pelo segurado quanto à doença preexistente, salvo quando restar comprovado que ele agiu de má-fé. (...)". (AgRg no RECURSO ESPECIAL Nº 1.100.699 - SP, 2008/0239154-7)

O E. Tribunal de Justiça do Estado de São também publicou a Súmula 105 dispondo que: "Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional."

Quanto às questões levantadas pela ANS sobre perícia, se esta for exigida pela Operadora, poderá sim o consumidor negar sua realização, desde que faça com médico de sua escolha e arque com os custos. Só não podemos, de forma alguma, permitir que a realização de perícia esteja ligada a uma população-alvo, para não criarmos ainda mais dificuldades de acesso àqueles consumidores que já encontram dificuldades na contratação de um plano de saúde, tais como os idosos, portadores de doenças crônicas, etc.

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)**