

CARÊNCIA – INSTRUMENTO ANCORADO NA LEI E NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE.

Recente decisão da Quarta Turma Recursal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, no Recurso Inominado n.º 7100960765, Relator: Luis Antonio Behrens Dorf Gomes da Silva, julgado em 19 de setembro de 2020, entendeu que:

RECURSO INOMINADO. PLANO DE SAÚDE. ALEGADA FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. INVIABILIDADE DE REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E CIRURGIA. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA CORRÉ CENTRAL NACIONAL UNIMED REJEITADA. DEMANDADAS QUE INTEGRAM O SISTEMA UNIMED, PRECEDENTES DESTA TURMA E DO STJ. UNIMED COMPROVA PLANO ATIVO E LIBERADO. AUSENTE PROVA DE QUE A REQUERENTE TENHA SIDO BLOQUEADA PARA USO DO PLANO. CONVERSA COM A CORRETORA QUE NÃO TEM EMBASAMENTO EM ELEMENTOS CONCRETOS. *E-MAIL* JUNTADO INDICA REJEIÇÃO DE ATENDIMENTO PELO HOSPITAL PELO FATO DE NÃO TER MAIS VÍNCULO COM A UNIMED NORDESTE. CIRURGIA NÃO AUTORIZADA POR AINDA ESTAR EM PERÍODO DE CARÊNCIA. ATENDIMENTO EM CLÍNICA DERMATOLÓGICA QUE NÃO TEVE SUA SITUAÇÃO ESCLARECIDA. IMAGEM DO

SISTEMA DA CLÍNICA QUE ESTÁ ILEGÍVEL. INFORMAÇÕES CONFLITUOSAS REPASSADAS POR TERCEIROS SEM EMBASAMENTO. INVIÁVEL DEVOLUÇÃO DE VALORES. DANO MORAL INOCORRENTE. CONDENAÇÃO AFASTADA. CIRURGIA QUE NÃO ERA EMERGENCIAL, DEVENDO OBSERVAR O PRAZO DE CARÊNCIA. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO DA RÉ PROVIDO. RECURSO DA AUTORA DESPROVIDO. DECISÃO POR MAIORIA.

Dois aspectos merecem especial atenção: *(i)* a produção de provas; e, *(ii)* o reconhecimento da validade do prazo de carência nas relações contratuais de planos de saúde.

Em relação às provas produzidas nos autos chama a atenção o fato de que usuário da operadora de saúde informou haver recebido de terceiros – corretor de seguros, atendente do consultório médico e até do hospital em que pretendia realizar a cirurgia de correção de desvio de septo -, informações de que seu plano de saúde havia sido cancelado.

A operadora de saúde, por sua vez, exibiu as telas do sistema demonstrando de forma cabal que o contrato estava em vigor, não havia sido cancelado e que estava sendo cumprido o prazo de carência fixado no contrato firmado entre as partes.

Assim, fica demonstrado que as alegações produzidas em juízo devem ser corretamente comprovadas e, que é possível exigir essa comprovação dos usuários de operadoras de saúde porque se trata de sistema regulado que têm obrigatoriamente à disposição do usuário o serviço de atendimento ao cliente – SAC, inteiramente gratuito e, serviço de ouvidoria que atua como uma forma de

segunda instância quando a decisão do serviço de atendimento ao cliente ainda comporta apresentação de argumentos e irresignação do usuário.

No processo judicial que deu origem a decisão supra transcrita, não há qualquer referência ao resultado das consultas feitas pelo usuário ao SAC e a ouvidoria, sendo que ambas deveriam estar comprovadas porque esses serviços são obrigados a fornecer o resultado de suas decisões ao usuário para que ele possa comprovar o contato e as decisões adotadas.

Caso tivesse efetivamente ocorrido o cancelamento do contrato de saúde suplementar o SAC e a Ouvidoria da operadora teriam essa informação e saberiam explicar as razões que, inclusive, poderiam ser comprovadas por via documental.

O segundo aspecto relevante é o reconhecimento judicial que o período de carência se aplica mesmo para caso de cirurgias eletivas, como no caso concreto decidido pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.

Planos de saúde se estruturam com a formação e gerenciamento de um fundo mutual, para o qual contribuem todos os usuários e de onde saem os recursos para todos os procedimentos e eventos em saúde autorizados pelos médicos assistentes. Não há outra fonte de pagamento para as operadoras de saúde, somente os recursos do fundo mutual.

Quando um novo usuário contrata com uma operadora de saúde ele ingressa no fundo mutual depositando recursos e, ao final do período de carência poderá utilizar os serviços que serão custeados pelos recursos do fundo.

Não é viável para a saúde do fundo mutual que o usuário ingresse utilizando recursos sem ter depositado nenhum valor. Isso pode estimular práticas negativas para os fundos mutuais de saúde como, por exemplo, o usuário só ingressar após constatar que está doente

ou depois de receber diagnóstico de que precisa utilizar recursos médicos e hospitalares, por exemplo, para cirurgia.

Outro exemplo importante: se uma pessoa sabe que está grávida e não tem assistência de saúde suplementar poderia efetivar a contratação, utilizar durante o período de gestação, parto e pós-parto e, em seguida, deixar de contribuir de forma a forçar a rescisão do contrato e se desobrigar com o pagamento das mensalidades.

Esses comportamentos ensejam **forte desequilíbrio na solvência do fundo mutual**, por isso os prazos de carência atuam como uma proteção para a mutualidade, para os usuários que estão contribuindo regularmente com o pagamento de suas mensalidades e, têm direito a ter segurança de que os recursos estarão disponíveis quando for preciso utilizá-los.

O acórdão ora comentado reconhece que sendo a cirurgia não emergencial, ou seja, de caráter eletivo, aplica-se o prazo de carência sem nenhum obstáculo e em consequência, somente após o vencimento desse prazo os serviços de saúde suplementar poderão ser utilizados normalmente.

Usuários, corretores de seguro e mesmo advogados que tenham dúvidas sobre a aplicação de prazos de carência em planos de saúde podem ser valer de vários meios para obter informações. Além do SAC e da Ouvidoria dos planos de saúde que podem ser utilizadas livremente pelos usuários, também o site das operadoras e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS contém informações relevantes sobre o funcionamento dos planos de saúde¹.

Meras alegações sem comprovação não concretizam direitos, em especial a condenação por danos morais que a exemplo de qualquer outro dano deve ser cabalmente demonstrado para o caso concreto que estiver sendo discutido em juízo.

¹ Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=24&historico=23125306#:~:text=Contudo%2C%20nos%20planos%20novos%2C%20celebrados,%2C%20interna%2C%20A7%2C%20B5es%2C%20procedimentos%20e%20exames.. Acesso em 25 de setembro de 2020.

A decisão do egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul sinaliza para usuários e operadoras de saúde que os relacionamentos nos contratos de seguro saúde devem sempre se guiar pela transparência e pela colaboração entre as partes, verdadeiro sentido dos princípios da boa-fé e da função social em contratos que utilizam o mutualismo como essência de sua estruturação.