

Prejuízo é estimado em R\$ 11 milhões

A Polícia Civil do Rio de Janeiro realizou nesta segunda-feira (14) a Operação Carência Zero, contra fraudes à seguradora Porto Saúde, que comercializa planos de saúde. O prejuízo estimado é de cerca de R\$ 11 milhões.

Um mandado de prisão foi cumprido contra a suposta líder da organização identificada como Adriana Neves Castro. Ela foi presa em casa, no município de Itaguaí, região metropolitana do Rio.

De acordo com as investigações, a fraude era complexa e sofisticada, simulando vínculos empregatícios de mais de 800 pessoas em empresas de fachada, criadas exclusivamente com o objetivo de contratar planos empresariais. Em seguida, esses seguros eram comercializados indevidamente para pessoas físicas, que não teriam direito de adquirir planos coletivos – sem carência.

Segundo as investigações, foram criadas 10 empresas de fachada para a contratação fraudulenta dos planos de saúde empresariais. As empresas não possuem sede nos endereços por elas informados junto à seguradora, sendo a maioria criada em endereços com numeração inexistente.

Durante a investigação, alguns dos beneficiários das empresas investigadas relataram que adquiriram planos de saúde para se submeterem a procedimentos médicos que não seriam cobertos por planos em razão do período de carência, como cirurgias bariátricas, partos e até remoção de tumor cerebral.

As vítimas teriam contratado os planos, pagando valores mensais a Adriana que repassava parte dos valores recebidos ao seu filho em típica movimentação de ocultação patrimonial.

A investigada teria criado uma “taxa de isenção de carência”, comercializada por valores que variavam de R\$ 3 mil a R\$ 5 mil por cliente. Assim, somente em seis meses no ano passado, os criminosos movimentaram mais de R\$ 2 milhões.

Segundo a polícia, a quadrilha liderada por Adriana contava com a participação de um contador, responsável pela abertura de empresas de fachada e por captar de clientes. As investigações mostraram que os acusados ficavam em locais de grande movimentação oferecendo os planos de saúde, havendo também a suspeita de participação de um médico, responsável por diversas cirurgias bariátricas, que indicava seus pacientes para contratar esses planos de saúde.

De acordo com os agentes da 12ª delegacia policial, em Copacabana, zona sul do Rio, responsável pela investigação, “essa é apenas a primeira fase da investigação, que contou com o apoio do Ministério Público e do Conselho de Controle de Atividades Financeiras (Coaf)”. Na ação desta segunda-feira, além do mandado de prisão contra a líder da organização criminosa, os agentes cumpriram cinco mandados de busca e apreensão.

A Porto Saúde disse que identificou a fraude e avisou à polícia.

“A Porto Saúde informa que identificou o esquema de fraude e forneceu todas as informações necessárias para as investigações que resultaram na operação deflagrada na segunda-feira (14). A abertura de empresas com falsos vínculos empregatícios para a contratação de planos de saúde coletivos é uma prática ilegal e que causa prejuízos não somente às operadoras, mas também aos consumidores que dependem legitimamente do sistema privado de saúde. Por isso, a companhia tem investido no combate a fraudes e continua à disposição para colaborar com as autoridades.”

FenaSaúde

Por meio de nota, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), informou que a

campanha Saúde sem Fraude da entidade resultou em mais decisões judiciais contra golpistas que fraudavam operadoras de planos e seguros de saúde.

Lançada em março do ano passado, a campanha estimulou as operadoras a intensificar o combate a fraudes e reforçar ações cíveis e criminais contra golpistas. A nota informa que os esquemas utilizados pelos fraudadores chegaram ao refinamento de utilizar até falsos bancos digitais.

"As fraudes prejudicam todos os beneficiários de planos de saúde porque encarecem os seus custos e todos acabam pagando por isso. Quando lançamos a campanha Saúde sem Fraude, em 2023, demos um recado bem claro e as operadoras vão se manter firmes nesse combate porque é preciso estar consciente de que fraudes desse tipo podem trazer consequências graves para quem as pratica, como vemos agora", disse a diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

Um levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), divulgado no ano passado, revelou que as perdas decorrentes de fraudes e desperdícios para o setor em 2022 foram estimadas entre R\$ 30 bilhões e R\$ 34 bilhões — o equivalente a algo entre 11,1% e 12,7% da receita total da saúde suplementar.

A FenaSaúde dispõe de um [canal direto para denúncias de fraudes](#), que já recebeu 195 casos desde o seu lançamento, em maio de 2022, somando-se aos casos registrados na Polícia Civil e no Ministério Público.

Matéria ampliada para inclusão da nota da FenaSaúde, às 20h27

Fonte: Agência Brasil, em 14.10.2024