

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de 50,5 milhões de brasileiros possuem algum plano ou seguro saúde e, com o aumento do número de usuários, cresce também a quantidade de conflitos entre eles e as operadoras que prestam o serviço. Dados do Fórum do Judiciário para a Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), apontam que, até junho de 2014, as demandas relacionadas a saúde nos Tribunais de Justiça estaduais totalizavam 330.630 casos e nos Tribunais Regionais Federais, 62.291.

Alguns dos conflitos vividos entre consumidores e planos de saúde já foram analisados pela Justiça, como questionamentos referentes à cobertura em caso de demissão, quando o plano é empresarial. O trabalhador demitido sem justa causa tem o direito de manter a condição de beneficiário de plano privado de assistência à saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

Quando o assunto é cancelamento do contrato, a operadora só pode fazê-lo unilateralmente em caso de fraude ou quando o consumidor atrasar o pagamento por mais de 60 dias no ano, consecutivos ou não. O usuário, porém, precisa ser notificado até o 50º dia de inadimplência, tanto sobre a falta de pagamento quanto ao risco de cancelamento. Nessa situação, o atendimento médico só pode ser suspenso ou o contrato cancelado se o consumidor atrasar o pagamento do plano por mais de 60 dias.

A exclusão de usuário por causa de doença pré-existente nos planos antigos também tem sido negada pelo Poder Judiciário com base principalmente no Código de Defesa do Consumidor (CDC). Nos planos novos, as operadoras têm exigido uma declaração na qual o consumidor e seus dependentes indicam a presença ou não de doenças e lesões preexistentes. Se o consumidor não tiver conhecimento do problema, a doença não pode ser considerada preexistente.

Cláusulas contratuais - O tempo de internação também já foi objeto de debate no Judiciário, tendo sido editada súmula (302) pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), consolidando o entendimento de que é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.

A exigência de cheque-caução por parte de hospital é outro tema que costuma gerar embates jurídicos. Porém, segundo a Lei 12.653/2012, que tipifica o crime de condicionamento ao atendimento médico, é proibido que o estabelecimento médico exija cheque-caução, nota promissória ou qualquer outra garantia do consumidor para realizar o atendimento médico-hospitalar emergencial.

Quanto ao tratamento médico residencial, também conhecido como home care, ele deve ser custeado pelo plano de saúde mesmo que não haja previsão contratual, sempre que for determinado pelo médico, o paciente concorde e não ocorra uma afetação do equilíbrio contratual em prejuízo do plano de saúde. Esse direito dos beneficiários já está consolidado na jurisprudência das duas turmas do STJ especializadas em matérias de direito privado.

Em caso de dúvida disque ANS: 0800 7019656.

**Fonte:** [Agência CNJ de Notícias](#), em 08.09.2015.