

Superior Tribunal de Justiça tem entendimento majoritário em diversas disputas entre consumidores e operadoras; veja a lista

Quando o cliente tem um problema com o plano de saúde, deve em primeiro lugar tentar um acordo com a operadora. Caso não consiga, deve procurar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em muitos casos, entretanto, a disputa vai parar na Justiça e, aí, a decisão é tomada caso a caso. Mas há alguns temas nos quais o Superior Tribunal de Justiça (STJ), penúltima instância do Judiciário brasileiro, já tem um entendimento majoritário - no jargão jurídico, há uma jurisprudência em relação a um determinado sentido.

Veja abaixo alguns deles, levantados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ):

Trabalhador demitido sem justa causa pode manter plano de saúde da empresa

É preciso, entretanto, assumir o pagamento integral das mensalidades

Operadora só pode cancelar contrato se houver fraude ou atraso de 60 dias/ano

Os dias de atraso podem ser consecutivos ou não. E a operadora deve notificar o cliente até o 50º dia sobre o atraso e o risco de cancelamento.

Cliente não pode ser excluído por doença preexistente

A doença não pode ser considerada preexistente se o consumidor não tinha conhecimento dela quando contratou o plano

Hospital não pode exigir cheque-caução

Desde 2012, é crime condicionar o atendimento médico. Por isso, é proibido exigir qualquer garantia

Operadora não pode impor limite de prazo de internação

Mais que um entendimento majoritário, esse entendimento foi formalizado em uma súmula, espécie de orientação a ser seguida pelos magistrados

Tratamento residencial deve ser coberto, mesmo sem previsão contratual

Caso o médico determine, o home care deve ser bancado, desde que não cause desequilíbrio contratual prejudicial ao plano de saúde

Além desses direitos, existe uma tendência favorável do STJ em relação aos seguintes temas:

Em casos de obesidade mórbida, plano não pode negar realização da cirurgia de redução do estômago

A cirurgia deve ser bancada mesmo que não esteja no contrato, desde que seja necessária a garantir a saúde do consumidor, e não apenas uma questão estética.

Aposentado pode manter o plano de saúde da época da ativa

É preciso ter contribuído pelo prazo mínimo de dez anos e assumir o pagamento integral das mensalidades

Em São Paulo

Além do STJ, os Tribunais de Justiça também podem emitir súmulas para orientar seus julgamentos. Em São Paulo, onde estão 36% dos beneficiários de planos de saúde do Brasil, há 15 sobre o tema. Elas indicam também direitos que, no Estado, têm sido assegurados aos clientes de planos de saúde - embora a operadora possa obter uma decisão diferente.

Veja o que as súmulas do TJ-SP garantem aos clientes de planos de saúde, além dos já previstos pelo STJ:

Plano deve cobrir o stent em caso de cirurgia cardíaca ou vascular

A operadora não pode se negar a bancar o dispositivo, mesmo que o contrato tenha sido firmado antes de 1998.

Idoso não pode ter reajuste por faixa etária, mesmo em contratos anteriores

O Estatuto do Idoso, editado em 2003, proíbe que o plano de saúde aumente a mensalidade do consumidor idoso em razão de seu envelhecimento - o que é conhecido como reajuste por faixa etária. Para o TJ-SP, a regra se aplica também aos planos firmados antes do estatuto

Atraso no pagamento não leva a cancelamento automático do plano

Para o TJ, o consumidor precisa ser avisado no mínimo 10 dias antes. O STJ entende que esse prazo mínimo é de 60 dias.

Medicamentos associados à quimioterapia não podem ser negados

O plano deve fornecer ou custeá-los caso o médico assim determine

Exames associados a doença coberta pelo plano não podem ser negados

Se a cobertura está prevista, o plano não pode recusar os exames

Cliente tem direito a cirurgia plástica complementar em tratamento de obesidade mórbida

Desde que haja indicação médica expressa

Solidariedade entre cooperativas

Caso o cliente de uma cooperativa de trabalho médico precise de um tratamento que não é oferecido no local em que ele está, outra cooperativa da mesma operadora deve oferecer esse tratamento, mesmo que fique em outro local

Cliente pode processar operadora contratada pelo patrão

Caso seja beneficiário de um plano de saúde empresarial - firmado por uma empresa ou sindicato, por exemplo - o cliente pode ir diretamente à Justiça contra a operadora.

Tratamentos de natureza experimental devem ser cobertos

Desde que o tratamento tenha sido indicado expressamente pelo médico, a operadora também não pode alegar que não há previsão no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Não existe carência em casos de urgências e emergências

A carência nesses casos é de 24 horas a partir da assinatura do contrato

Aposentado que continue a trabalhar tem direito a manter o plano

A lei garante que o aposentado que tenha contribuído por pelo menos 10 anos e assuma o pagamento integral pode manter o plano do qual era beneficiário na ativa. Isso não muda se o aposentado continuar a trabalhar.

Fonte: [IG Economia](#), em 11.09.2015.