Histórico médico anterior à adesão e pedido de operação motivaram disputa entre operadora e beneficiários

A 3ª Vara Cível da comarca de Joinville analisou e julgou ação que envolveu uma disputa entre operadora de plano de saúde e dois beneficiários, após a identificação de divergências entre as informações prestadas na declaração de saúde e o histórico clínico de uma das integrantes do contrato. O impasse surgiu quando a operadora recebeu um pedido de autorização para cirurgia bariátrica e identificou registros de obesidade anteriores à adesão ao convênio.

De acordo com os autos, o plano teve início em agosto de 2023. Na declaração de saúde preenchida na ocasião, foram negadas todas as doenças e lesões questionadas, inclusive a obesidade. Também foi informado que a beneficiária pesava 64 quilos e media 1,65 metro.

Em maio de 2024, a operadora recebeu um pedido de autorização para cirurgia bariátrica por videolaparoscopia, destinada ao tratamento de obesidade mórbida. Ao analisar os documentos médicos, identificou que a beneficiária já apresentava a condição antes da adesão ao plano.

Os registros apontavam obesidade grau II, com peso de 107,2 quilos e altura de 1,70 metro, além de histórico da condição desde 2018. Também mencionavam sobrepeso desde a infância e tentativas de emagrecimento por diferentes tratamentos, sem resultados satisfatórios.

A operadora sustentou que houve omissão consciente de uma condição de saúde preexistente e pediu o reconhecimento da fraude contratual. Também solicitou o cancelamento do vínculo e o afastamento da obrigação de custear o procedimento cirúrgico.

Durante a tramitação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou manifestação técnica, na qual apontou a inexistência de procedimento administrativo prévio e uma inadequação formal no documento de comunicação encaminhado à beneficiária.

Na análise da controvérsia, o magistrado considerou que a ausência de procedimento administrativo perante a ANS não impedia a apreciação judicial do caso. Observou que os registros demonstravam não apenas a existência da obesidade antes do início da vigência do plano, mas também o conhecimento da beneficiária sobre sua condição.

O magistrado destacou que o histórico de acompanhamento e de tratamentos realizados durante vários anos era incompatível com as informações prestadas na declaração de saúde. Considerou também que o titular do plano havia preenchido o formulário em nome do grupo familiar e assumido a responsabilidade pela veracidade dos dados fornecidos.

Ao final, o juiz reconheceu a omissão consciente de doença preexistente e a ocorrência de fraude contratual. A decisão autorizou o cancelamento dos vínculos, ressalvada a impossibilidade de interrupção da assistência durante eventual internação em curso. O processo tramita em segredo de justiça.

Fonte: TJSC, em 17.11.2026