

Por Adriana Aguiar

A Justiça tem admitido o cancelamento de contratos de planos de saúde de empresas e usuários que cometeram fraudes. São comuns uso de carteirinhas por terceiros, pedidos de reembolso de consultas e exames não realizados, além de insumos não utilizados, e a apresentação de falsos vínculos de emprego em planos coletivos. A conta é alta: R\$ 27,8 bilhões foram consumidos indevidamente por fraudes em contas hospitalares e desperdícios com procedimentos desnecessários em 2017, segundo levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

[Leia aqui a matéria na íntegra.](#)

Fonte: Valor Econômico, em 27.05.2019.