

Despacho n.º 62 /2008/CEP-RN 44/DIFIS/ANS
Ref.ao Proc. Administrativo nº 33903.007387/2005-33

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2008.

I – DO RELATÓRIO

Trata-se de denúncia oferecida por **R.G.D.A.** (fl. 02/03), beneficiária da **GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA**, acerca de suposta prática ofensiva à legislação da saúde suplementar, qual seja, a infração à norma que veda a exigência de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito – RN 44/03 - por parte do **HOSPITAL MÃE DE DEUS**.

Consta dos autos que no dia 25/09/2004 a beneficiária buscou atendimento no Hospital Mãe de Deus em razão do abortamento espontâneo de um feto de 11 semanas, onde, após os exames, constatou-se a necessidade de se proceder à curetagem, através de procedimento ambulatorial. A operadora teria informado que o procedimento não seria coberto por considerá-lo hospitalar e o nosocômio teria exigido cheque caução no valor de R\$2.000,00 (dois mil reais). Prestada a caução, no dia 02/10/2004 foi feito o acerto final com o hospital, tendo a conta resultado em R\$1.800,00 (mil e oitocentos reais), dos quais R\$400,00 (quatrocentos reais) foram pagos à anestesista, R\$800,00 (oitocentos reais) para a médica e R\$600,00 (seiscentos reais) para o hospital.

A denúncia foi apurada tanto no âmbito do Núcleo Regional de Fiscalização no que toca a negativa de cobertura quanto nesta Comissão. Neste sentido, foram solicitadas cópias do processo administrativo em trâmite no NURAF.RS, acostando-se, dentre outros, os seguintes documentos: especificação dos serviços prestados pelo hospital (fls. 10), recibo em favor da beneficiária (fls. 11), solicitação de internação ambulatorial (fls. 14), proposta de admissão no plano datada de 26/01/2004 (fls. 16/20), aditivo contratual reduzindo as carências (fls. 22/23), correspondência eletrônica informando os serviços prestados no nosocômio (fls. 26/27), contrato do plano de assistência à saúde (fls. 28/62), cópia do relatório de negociação com o paciente (fls. 70) e auto de infração n.º 15653 por deixar de garantir atendimento de urgência para procedimento de curetagem pós-aborto (fls. 73).

A fls. 74 foi oficiada a operadora para que informasse se a beneficiária cumpria carência no momento da internação e se o hospital pertencia a sua rede credenciada.

Em resposta (fls. 90/91), a operadora esclareceu que a beneficiária firmou contrato em março de 2004, com cobertura hospitalar e ambulatorial e que *“foi atendida na área de emergência do hospital, razão pela qual a cobertura ao procedimento cirúrgico não foi prestada, vez que, ao contrário do que fora informado pelo hospital, se trata de evento exclusivamente de nível hospitalar (ressalvando-se, porém, que a empresa prestou cobertura aos demais eventos ambulatoriais nas 12 primeiras horas, excetuando-se, após a constatação da necessidade de internação, aos procedimentos de caráter hospitalar).”* Neste sentido, acostou os documentos de fls. 94/122.

Não foi oficiado o nosocômio por ser farta a documentação constante dos autos comprovando os fatos alegados pela beneficiária.

É o relatório, passo a fundamentar.

II - DA FUNDAMENTAÇÃO

Inicialmente, cabe esclarecer que o nosocômio não foi oficiado por ser farta a documentação constante dos autos comprovando os fatos alegados pela beneficiária. Tal medida não ofende ao princípio constitucional da ampla defesa e contraditório aplicável também aos processos administrativos por força do art. 5º, LV, da CRFB/88. E isto porque, conforme estabelece o art. 2º da Resolução Normativa n.º 44, de 2003, as atribuições desta Comissão Especial Permanente são a **recepção, instrução e encaminhamento das denúncias** ao Ministério Público Federal sobre a cobrança de caução no momento da prestação do serviço médico ao beneficiário de um plano de saúde. Desta forma, não havendo julgamento por esta Comissão quanto à ocorrência da infração, mas mera instrução com remessa de nossas conclusões ao órgão competente para dar prosseguimento as apurações, acredita-se na dispensabilidade da comunicação do nosocômio sobre os fatos aqui discutidos. *A uma* porque sua defesa será viabilizada no momento oportuno; *a duas* porque o hospital já prestou os esclarecimentos necessários nos autos do processo administrativo que apura a negativa de cobertura contratual, *a três* porque tais documentos funcionam como prova emprestada na presente instrução.

Feitas estas observações e acreditando estar superada qualquer alegação de violação a direitos fundamentais, passo a adentrar no mérito da questão.

A Resolução Normativa n.º 44 proíbe a exigência de caução por parte dos prestadores de serviços aos beneficiários de operadoras de planos de assistência à saúde. Assim, em nenhuma situação é lícita a cobrança de caução, depósito, nota promissória ou qualquer outro título de crédito no ato ou anteriormente à prestação do serviço. O objetivo da norma é garantir o acesso do usuário ao atendimento necessitado sem que haja dupla cobrança

pelo serviço, isto é, o pagamento das mensalidades à operadora e o caucionamento junto ao prestador do serviço.

No caso em tela, restou evidenciada a falha da operadora em não ter autorizado o procedimento solicitado pela beneficiária. Neste sentido, foi lavrado o auto de infração n.º 15653 por ofensa ao art. 35-C, II da Lei 9.656/98, por ter a Golden Cross deixado de garantir a cobertura após 24 horas de plano em caso de urgência.

Este fato foi abordado em processo diverso, não se confundido com o foco das discussões que permeiam minha análise. Todavia, os temas se tangenciam, razão pela qual algumas observações se fazem necessárias.

Oficiada a operadora, esta alegou que o procedimento solicitado pela beneficiária seria cirúrgico e não ambulatorial, como alega o hospital. Desta forma, não teria o dever de cobrir o atendimento. A inverdade desta alegação é patente – tanto que foi lavrado auto de infração em seu desfavor. Mesmo que se considerasse o atendimento como sendo um procedimento cirúrgico, a beneficiária já teria cumprido sua carência, posto que em aditivo contratual, seu prazo para internação foi reduzido. Como o contrato foi firmado em 26/02/2004 e o termo para procedimento cirúrgico era de 180 dias, a beneficiária já teria cumprido o prazo contratual em 25/09/2004 quando solicitou o atendimento.

Todavia, como se demonstrou no processo competente, o atendimento solicitado era de urgência, cuja carência é de 24h, as quais, evidentemente, já haviam sido cumpridas. Logo, seja sob um ponto de vista, seja por outro, o fato é que a beneficiária já tinha cumprido sua carência e o hospital tinha o dever de atendê-la, pouco importando a escusa da operadora.

Explico-me. Se é certo que os prestadores de serviços não são obrigados a conhecer os termos do contrato firmado entre operadora e beneficiário, não é menos certo que ela tem o dever de conhecer a regulamentação em saúde

suplementar, posto que, como bem se sabe, não se pode alegar o desconhecimento da lei para deixar de cumpri-la, especialmente quando se lida com esta lei diuturnamente.

Na verdade, cria-se uma relação piramidal entre usuários-prestadores-operadora, com obrigações e direitos mútuos. Ao usuário cabe o dever de pagar em dia a contraprestação pecuniária; à operadora, pagar os custos do atendimento prestado aos seus beneficiários e ao prestador de serviço, prestar o serviço médico solicitado pelo paciente.

Ora, estando o usuário em dia com suas mensalidades, não há motivos para o nosocômio negar atendimento ao paciente. Nem mesmo a alegação da operadora de que o paciente cumpre carência contratual é suficiente para elidir sua responsabilidade e passar a tratar o doente como se um paciente particular fosse. O hospital sabia muito bem que o tratamento era ambulatorial e de urgência, tendo-o classificado desta forma em diversas passagens. Assim, a classificação dada pela operadora para se eximir de responsabilidade é insuficiente para afastar o dever do prestador de oferecer o serviço sabidamente coberto pelo plano.

Cabe aos prestadores de serviço e operadoras promover um diálogo constante para que possam cumprir o seu dever contratual: prestar o serviço médico contratado. Apresentando o paciente a documentação necessária onde são indicados a data de admissão no plano e o comprovante de pagamento é dever do hospital atendê-lo como beneficiário do plano – principalmente porque o prestador conhece a lei e sabe dos prazos contratuais. Se o tratamento é ambulatorial e o beneficiário já cumpriu as 24 horas de carência, não pode o hospital negar atendimento sob o argumento de que a operadora não autorizou o atendimento. Cabe ao hospital negociar com a operadora como será feito atendimento nestas situações e não repassar a conta ao paciente que já paga o plano e agora tem que caucionar o atendimento médico por falta de organização dos dois.

Não seria lícito ao nosocômio condicionar o atendimento da beneficiária de um plano de saúde à entrega de um cheque caução, visto ser o atendimento de urgência coberto pelo referido contrato de assistência médica. E nem se diga que a recusa da operadora transformou-a numa paciente particular, tentando responsabilizar exclusivamente a operadora pelo fato. Ambas erraram: a operadora por ter negado a cobertura do procedimento ambulatorial e o hospital por ter exigido o cheque caução.

Assim, tendo em vista a documentação acostada aos autos – principalmente o recibo dado à beneficiária e o relatório da negociação, onde expressa que no dia 25/09/2004 foi dado o cheque caução no valor de R\$2.000,00 (dois mil reais), sendo posteriormente feito o acerto para o valor correto de R\$1.800,00 (mil e oitocentos reais) – considero sobejamente demonstrada a infração ao art. 1º da Resolução Normativa n.º 44, de 2003.

III – DA CONCLUSÃO

Pelo exposto, sugiro:

- 1) A extração de cópia integral destes autos, para arquivo da Comissão;
- 2) A remessa dos autos do processo original ao Ministério Público Federal, nos exatos termos do art. 2º, §1º, da Resolução Normativa – RN 44;
- 3) O envio de notícia desta decisão à Assessoria de Comunicação desta Agência, nos termos do art. 2º, §2º, da RN 44;
- 4) A expedição de carta à Beneficiária, **R.G.D.A.**, dando-lhe conta do desfecho do presente processo.

MARIANA BRITO L. C. S. F. PAUZEIRO

Mat. SIAPE nº 1536948

Membro da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003

De acordo:

LUIZ FERNANDO PONTES FREITAS

Mat. SIAPE nº 1311883

Presidente da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003

FABRÍCIA GOLTARA VASCONCELLOS

Mat. SIAPE nº 1512464

Membro da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003

CARLOS GUSTAVO LOPES DA SILVA

Mat. SIAPE nº 1512427

Membro da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003

MIRELA BOTTINO

Mat. SIAPE nº 6647242

Membro da Comissão Especial Permanente – RN 44/2003