



## Renata Vilhena: Súmulas do TJ-SP combatem abuso dos planos de saúde

Ao aprovar as sete súmulas jurisprudenciais\*\* referentes aos contratos dos planos de saúde, no final de fevereiro, o Órgão Especial do Tribunal de Justiça de São Paulo caminhou muito no sentido de estabelecer regras que combatem a abusividade das operadoras e defendem o consumidor. Por enquanto, só os tribunais do Rio de Janeiro e São Paulo estão redigindo e votando súmulas. A iniciativa inovadora desses estados fortalece o debate no Superior Tribunal de Justiça (STJ), que teve início no Rio e São Paulo aderiu aos processos em 2012.

Os enunciados — que já tinham sido pacificados pelas Câmaras de Direito Comum —, foram aprovados por unanimidade, à exceção da súmula 102, que gerou discussões a respeito da questão dos danos morais, já que alguns desembargadores mostraram preocupação em aprovar o texto que incentivasse as pessoas a buscar, nos tribunais, a compensação financeira por aborrecimentos cotidianos. A aprovação desta súmula é de extrema importância para os que necessitam de radioterapia por IRMT e cirurgias quimio-intraoperatórias, consideradas caras e “experimentais”.

Assim como é importante, também, a aprovação da súmula 99 que abrange a responsabilidade solidária no atendimento das cooperativas médicas, como as do Sistema Unimed, e da que prevê a cobertura para medicamentos *off-label*. A partir de agora, os juízes terão mais liberdade para julgar.

Além disso, a aprovação da súmula 103 elimina de vez a carência, nos casos de urgência/emergência, decorridas as 24 horas do contrato. O plano deverá oferecer a cobertura que, por incrível que pareça, era negada na resolução 13/1998 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU).

Os juristas acertaram em favorecer o contratante, partindo do entendimento que os contratos de plano ou seguro saúde estão sob a regência da Lei 9.656/98 e do Código de Defesa do Consumidor, mesmo para os contratos firmados antes da lei.

Caminhamos muito, mas ainda há questões importantes que não foram sumuladas, como a do acesso à quimioterapia oral e o reajuste aos 59 anos, usado como artimanha pelos planos para arrancar do consumidor o que não pode mais ser feito depois dos 60, já que a partir dessa idade os beneficiários estão protegidos pelo Estatuto do Idoso.

As decisões do TJ-SP certamente contribuirão para diminuir a litigiosidade ou abreviar os processos e liminares, que poderão ser aprovados em primeira instância, reduzindo os custos sociais e financeiros da saúde.

Tirar as vendas dos olhos da justiça e trabalhar pela otimização do sistema é, antes de tudo, criar parâmetros para a modernização da Justiça brasileira e pelo bem dos brasileiros. É isso que se espera dos juristas.



**\*\*Súmula 99** – Não havendo, na área do contrato de plano de saúde, atendimento especializado que o caso requer, e existindo urgência, há responsabilidade solidária no atendimento ao conveniado entre as cooperativas de trabalho médico da mesma operadora, ainda que situadas em bases geográficas distintas.

**Súmula 100** – O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98, ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais.

**Súmula 101** – O beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por seu empregador ou associação de classe.

**Súmula 102** – Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.

**Súmula 103** – É abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98.

**Súmula 104** – A continuidade do exercício laboral após a aposentadoria do beneficiário do seguro saúde coletivo não afasta a aplicação do art. 31 da Lei n. 9.656/98.

**Súmula 105** – Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional.

#### **Date Created**

16/03/2013