



Operadora de saúde responde por erro de inadimplentes

Operadoras de plano de saúde são obrigadas ser transparentes com os segurados e têm o dever de prestar informações prévias sobre a negativa de cobertura, mesmo que não possam fazer a cobrança direta dos beneficiários nos contratos de plano de saúde coletivo.

Com esse entendimento, a 3^a Turma do Superior Tribunal de Justiça reconheceu, na quinta-feira (28/6), a legitimidade da Unimed Porto Alegre para integrar ação na qual o beneficiário discute erro administrativo que gerou a sua inadimplência e, por consequência, o cancelamento do plano de saúde.

O processo também tem como réus a Caixa de Assistência aos Advogados do Rio Grande do Sul (CAA-RS), pessoa jurídica contratante de plano coletivo para a classe dos advogados, e a Qualicorp, administradora de benefícios.

A relatora, ministra Nancy Andrighi, afirmou que embora as operadoras não tenham obrigação de controlar individualmente a inadimplência dos usuários vinculados ao plano coletivo, elas têm o dever de fornecer informação antes de negar o tratamento solicitado pelo beneficiário.

“Essa responsabilidade advém inclusive do dever mútuo de observância dos princípios de probidade e boa-fé na execução e na conclusão do vínculo contratual”, explicou a ministra.

Nancy destacou ainda que a Resolução Normativa 195/09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelece que a operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários. Isso porque a cobrança de mensalidades dos usuários de plano coletivo é de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, mas tal atribuição pode ser delegada à administradora de benefícios.

“Com este cenário, a operadora-recorrente quer persuadir que não possui qualquer obrigação em relação ao inadimplemento dos usuários finais do plano de saúde. No entanto, essa interpretação restritiva faz crer que pelo simples fato de não estar autorizada à cobrança direta dos usuários finais da contraprestação pecuniária do plano coletivo, a operadora não teria qualquer obrigação exigível em relação aos beneficiários”, apontou a relatora.

Restabelecimento do plano de saúde

Na ação que deu origem ao recurso, o beneficiário alegou que contratou o plano de saúde coletivo com a Unimed, tendo como estipulante a CAA-RS, mas o contrato foi cancelado sem ter ocorrido a sua prévia notificação, sob a justificativa de não pagamento de mensalidades. Ao ter pedido para a execução de exames recusado, o beneficiário foi informado de que o seu plano tinha sido cancelado por inadimplência.

Segundo o beneficiário, os pagamentos do plano eram feitos por meio de débito automático em conta bancária, mas em virtude da quebra de contrato entre a CAA/RS e a antiga administradora de benefícios, o desconto automático foi cancelado. De acordo com o usuário, uma nova autorização de débito deveria ter sido feita, mas ele não foi informado dessa necessidade. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ*



Clique [aqui](#) para ler o acórdão.
R^Espresso 1655130

Date Created

01/07/2018