

# Fogo cruzado



# o na saúde

## Guerra entre planos de saúde, hospitais privados e associações médicas afeta atendimento aos usuários

VALÉRIA FRANÇA

**A**ssociar-se a uma operadora de saúde foi a forma encontrada por milhões de brasileiros para garantir para si atendimento médico de qualidade. Mas até o sistema particular está doente. Os sintomas começaram a emergir no meio do ano passado, quando a Agência Nacional de Saúde (ANS), órgão responsável pela fiscalização do setor, estabeleceu que operadoras e hospitais teriam de assinar um contrato. A deliberação oficial, estendida aos médicos, abriu espaço para a discussão de reajustes dos serviços prestados – de diárias de internação a preços de consultas. Como o prazo estabelecido pela ANS para a regularização do setor termina em setembro, o debate virou quase uma guerra. Os planos reclamam de dificuldades econômicas e os hospitais e médicos queixam-se de má remuneração. Mas quem sofre é o usuário, com as ameaças de interrupção nos atendimentos.

Para aumentar o stress, quem tem um plano de saúde anterior à lei de 1998, que regulamentou o serviço, está sendo pressionado a atualizar seu contrato, sem saber quanto ganha ou perde. A lei criou o plano referência, que garante um pacote-padrão de direitos aos clientes. Também proibiu a exclusão de portadores de doenças crônicas, como transtornos mentais, Aids e câncer. A obrigação de atender a moléstias de alta complexidade foi um gasto inesperado para as empresas. Os planos ficaram mais caros e as operadoras passaram a intensificar as campanhas, pressionan-

do os clientes antigos a alterar os contratos. As peças publicitárias da ANS, incentivando a migração para novos planos, motivaram uma ação civil da Aduseps, uma associação de usuários. Na semana passada, um juiz de Pernambuco concedeu liminar suspendendo migrações e adaptações de planos em todo o país. Até o fechamento desta edição, a ANS pedia a cassação da medida.

Algumas operadoras foram mais ouvidas. Ao completar 60 anos, em fevereiro de 2002, o gaúcho Clóvis Duarte foi surpreendido com uma correspondência da SulAmérica Seguros. A companhia propunha o cancelamento de seu plano de saúde e a contratação de um novo seguro, duas vezes mais caro. Um mês depois, nova correspondência anunciava a rescisão do plano. O jornalista ingressou na Justiça e venceu. Em setembro de 2003, o Supremo Tribunal Federal recusou o derradeiro recurso da SulAmérica, dando ganho de causa ao âncora da TV

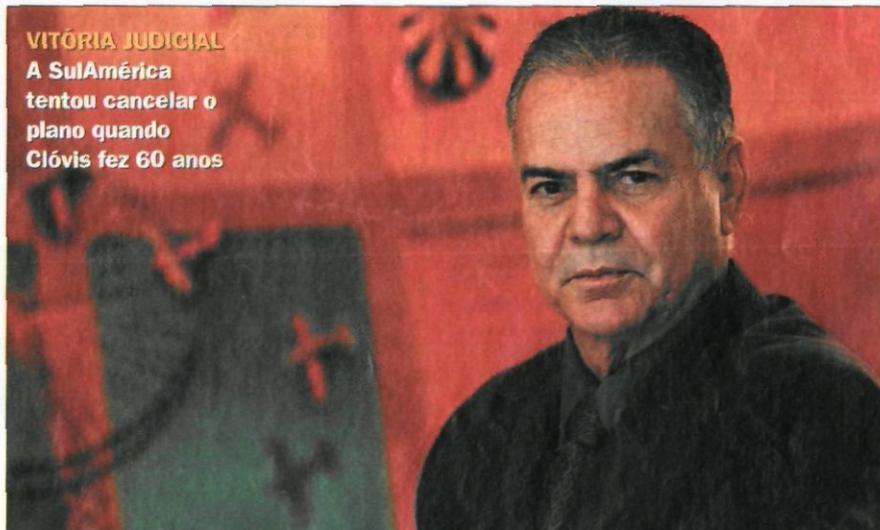
Guaíba, de Porto Alegre. "Quem tiver como pagar advogado deve seguir meu exemplo", conclui Duarte.

Em junho do ano passado, os médicos também resolveram endurecer na briga com as operadoras. "Não temos reajuste há sete anos", diz Eleuses Piva, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB). Suspenderam em quase todo o país o atendimento em consultórios a pacientes com determi-

### A ANS acompanha de perto 300 operadoras em crise financeira

nados planos de saúde. Quem quisesse passar pela consulta precisava desembolsar na hora em média R\$ 42, o dobro do que é pago pelas empresas. O consumidor teria o direito de pedir mais tarde o dinheiro de volta a sua operadora. Em alguns Estados, como Alagoas, a Justiça garantiu a indenização ao estabelecer uma multa no valor do dobro da consulta às empresas que se recusassem a ressarcir o cliente. ►

**VITÓRIA JUDICIAL**  
A SulAmérica tentou cancelar o plano quando Clóvis fez 60 anos



Silvio Avilar/ÉPOCA

## VÁRIOS MODELOS

Os sistemas de saúde privados em outros países



### ESTADOS UNIDOS

O setor público atende os maiores de 65 anos e os que ganham menos de US\$ 15 mil por ano. Cerca de 45 milhões de americanos estão fora dessas categorias, não pagam os planos e dependem de entidades filantrópicas



### CANADÁ

O sistema de saúde é público, incluindo atendimento e assistência médica. Há planos privados para o fornecimento de remédios



### ARGENTINA

Patrões e empregados recolhem contribuições, que vão para um fundo administrado por agência do governo. O atendimento médico é organizado pelos sindicatos, por categoria, no sistema que chamam de "Obra Social"



### CHILE

O trabalhador recolhe 9% do salário para um fundo público de saúde. Se opta pelo sistema privado, paga a diferença. Neste caso, o custo chega a 15% do salário



### ESPAÑA

O sistema público atende toda a população, que recorre ao setor privado para acelerar o atendimento, principalmente nas especialidades médicas. Como não há regulamentação, não existe oferta de seguro privado para quem tem mais de 65 anos. Em compensação, o governo subsidia 40% do preço dos remédios



### INGLATERRA

Totalmente público. O governo garante atendimento através da rede estatal de hospitais e custeia os medicamentos até o limite de cinco libras (entre R\$ 25 e R\$ 30)



### FRANÇA

O sistema é misto, mas predomina o setor público. O governo tem uma lista de medicamentos genéricos, distribuídos gratuitamente, que cobre 90% das patologias



**EUA** Milhões estão fora do sistema privado

Alex Wong/Getty Images

medida revoltou os 32 associados da Anahp, entre eles hospitais como Albert Einstein, Samaritano e Beneficência Portuguesa, em São Paulo. "A saúde não pode ser balizada pelo custo, e sim pela qualidade", diz Reynaldo Brandt, presidente da Anahp.

A pendenga judicial é consequência de um problema maior. "Não temos reajuste nas diárias de internação e nos exames há cerca de quatro anos", diz

Os hospitais resolveram juntar forças. A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), que representa 32 das maiores instituições, entrou com liminar no Ministério Público, no dia 15 de junho, contra a SulAmérica, a maior do setor, com 2 milhões de clientes. A contestação surgiu a partir de uma lista de materiais médicos elaborada pela empresa. Para diminuir os gastos, a SulAmérica havia resolvido determinar a marca e os preços de produtos, que vão de gaze a próteses usadas no atendimento dos pacientes. Estipulou um limite para o que é pago aos 1.700 hospitais credenciados em 900 municípios espalhados pelo Brasil. A

José Antonio Lima, superintendente geral do Hospital Samaritano, na capital paulista. O diagnóstico precoce de doenças, como as cardíacas e oncológicas, exige aparelhos cada vez mais caros e sofisticados. Uma máquina de raio X de última geração, por exemplo, custa R\$ 900 mil. Nos últimos anos, a inesperada variação cambial triplicou a despesa com importação de aparelhos nos hospitais. Um estudo realizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia apontava uma inadimplência superior a 50% nos contratos de compra de equipamentos. O prejuízo chegava, em março de 2003, a US\$ 900 milhões.

## PRINCIPAIS QUEIXAS

Quais foram os motivos das cerca de 21 mil denúncias contra planos de saúde recebidas pela Agência Nacional de Saúde nos últimos três anos - em %



Fonte: Januario Montoni, ex-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (encerrou seu mandato em dezembro de 2003)

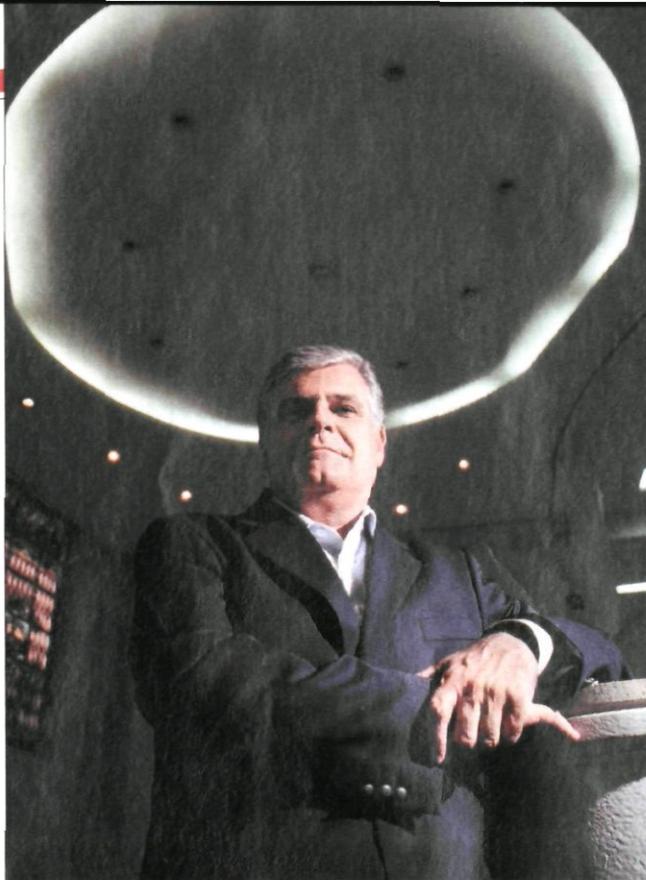
Fonte: ANS

Os hospitais privados registraram, no fim de 2002, dívidas no valor de R\$ 3 bilhões. Muitos fecharam por não agüentar a elevação dos custos dos medicamentos, das máquinas e dos impostos. Em parte por isso, hoje há 70 mil leitos a menos do que havia uma década atrás. São 341.871 vagas em 4.500 estabelecimentos da rede particular. "O hospital deixou de ser um bom negócio", diz Brandt. Além da inflação, o volume de dinheiro pago com atraso pelas operadoras aumentou em 325% no último ano.

O problema é que a saúde financeira das operadoras também é precária. Em 2002 a ANS já advertia que diversos planos e cooperativas médicas operavam no vermelho.

A Capitólio Consulting, de Brasília, publicou neste ano a análise de desempenho de mil das 2.351 operadoras registradas na ANS. Entre 2002 e 2003, o faturamento das empresas cresceu menos que a inflação. Neste período, a receita do setor foi de R\$ 14,7 bilhões para R\$ 16,7 bilhões, um avanço de 13,6%. Enquanto isso, os gastos das operadoras subiram 16,6% no mesmo período, chegando a R\$ 13,3 bilhões, deixando várias empresas no prejuízo.

"A crise no sistema de saúde privado começa nas operadoras", diz Ar-



Maurilio Claretto/ÉPOCA

lindo de Almeida, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange). Juntos, as seguradoras, os planos e as cooperativas representam 80% do faturamento de hospitais, médicos e laboratórios. Nos últimos nove anos o índice de sinistralidade (gasto com tratamentos) aumentou de 73,6% para 87% do que a operadora recebe mensalmente do cliente. Por outro lado, o preço não deixa o volume de clientes crescer. Há quatro anos, 40 milhões de brasileiros tinham algum tipo de plano ou se-

**APERTO** Lima, do Samaritano, queixa-se da falta de reajuste há quatro anos nas diárias

guro de saúde. "A expectativa do setor era chegar a 2004 com o dobro de clientes", explica Almeida. Mas, em 2002, com a crise, o número de assistidos da rede privada caiu para 34,5 milhões. Neste ano subiu um pouco, para 35,8 milhões.

Obrigados a contribuir com o SUS, os brasileiros que ainda podem pagar um plano privado investiram parte do orçamento doméstico para se garantir. Agora, estão no fogo cruzado das prestadoras de serviço e operadoras. "Não é raro um paciente não poder realizar determinado exame por não constar na lista do convênio médico",

diz Paiva, da AMB. "É um stress para o médico e o paciente, obrigado muitas vezes a pagar do próprio bolso", completa. Há cerca de mil procedimentos fora da relação dos 4.300 listados pela maioria das empresas. A AMB implantou um serviço de atendimento ao consumidor pelo número 0800-887 7700, caso a rede de saúde não autorize algum procedimento. "Vamos entrar na Justiça em nome desses consumidores", diz Paiva. ■

COM PAULO CÉSAR TEIXEIRA

## Sem quimioterapia

Falta de cobertura do plano apressou a morte de secretária

**A** secretária Neyde Araújo Pugliesi, de 62 anos, morreu pela falta de cobertura de seu plano de saúde, a Associação das Classes Laboriosas, ao tratamento de quimioterapia. No dia 10 de maio, ela percebeu que tinha um nódulo nas costas e foi ao médico. O diagnóstico: câncer. Ficou internada durante duas semanas. Ao sair, optou por fazer a migração do plano, na mesma operadora. Quando teve de passar por sessões de quimio-

terapia e radioterapia para tentar extirpar o tumor, muito agressivo, o plano recusou-se a pagar o tratamento (o contrato estipulava carência de três meses). Enquanto o tumor, que começou no pulmão, se espalhava pelo corpo, Neyde tentava na Justiça o direito de se tratar. A secretária, que pagava o plano desde 1990, morreu no sábado 26, sem atendimento. "Entrei com petições. Mas o juiz exigiu uma declaração de saúde original, feita no momento da migração, e ela não tinha", diz o advogado Fernando Quaresma. ■

**MORTE** Quaresma segura foto de Neyde, vítima de câncer e da falta de tratamento

Paulo Ciandella/ÉPOCA



# Como se defe

**Trinta perguntas sobre o que vai mudar nos planos de saúde, e como o usuário pode garantir seus direitos**

SOLANGE AZEVEDO

**A** saúde privada no Brasil passou por muitas modificações nos últimos anos. Foi criada uma lei para regular o setor e, agora, os consumidores que aderiram a algum plano antes de 1999 terão de escolher se vão adaptar o contrato, migrar para um novo ou permanecer com o antigo. ÉPOCA consultou especialistas em direitos do consumidor para elaborar um guia prático com as orientações para os usuários decidirem. Inclusive com dicas para acionar a Justiça.

**1 Por que os seguros e planos de saúde privados mudaram?**

Porque desde 2 de janeiro de 1999 as operadoras têm de obedecer à lei federal nº 9.656, que regula o setor. Foram estabelecidos direitos mínimos para os usuários de planos.

**2 Os contratos ANTIGOS, assinados antes de a lei entrar em vigor, ainda valem?**

Sim. Mas o usuário terá de optar por adaptá-los à lei nº 9.656, migrar para novo contrato ou continuar com o antigo.

**3 Até quando o usuário tem de decidir se muda ou não?**

O usuário tem 90 dias a partir do dia em que for contatado pela operadora. O governo não definiu a data-limite para que a comunicação seja feita. As modificações vão afetar 22 milhões de pessoas.

**4 Quais são as vantagens dos planos regulados pela nova lei?**

A lei determinou a cobertura mínima para cada tipo de plano: referência, hospitalar (com ou sem obstetria), ambulatorial e odontológico. Fixou o tempo de carência

# nder

para atendimento a pacientes com doenças preexistentes, excluiu a limitação de dias de internação em UTI e proibiu rescisão unilateral do contrato, pela operadora.

## 5 Quando é melhor **MANTER** os planos contratados antes da lei?

Quando o contrato possui cobertura adequada às necessidades do usuário e preço compatível com seu bolso.

## 6 O que significa **ADAPTAR** o contrato assinado antes da lei?

Adaptar é incluir no contrato antigo as cláusulas previstas na lei nº 9.656. Para alguns, pode significar ampliar a cobertura e aumentar o valor das mensalidades. Além de ter de cumprir períodos de carência para novas coberturas.

## 7 Em quais casos é melhor optar pela **ADAPTAÇÃO**?

Quando a cobertura do contrato antigo for muito restrita, inadequada ao perfil do usuário, e a mudança couber no bolso. Os aumentos das mensalidades nos casos de adaptação variam entre 15% e 25%.

## 8 O que significa **MIGRAR** para um novo contrato?

Migrar é optar por um contrato novo com a mesma operadora, desconsiderando todo o tempo decorrido anteriormente e os direitos adquiridos com o contrato antigo. Na maioria dos casos, essa opção pode dobrar o valor das mensalidades.

## 9 As operadoras são obrigadas a oferecer as três opções: **PERMANECER** com o contrato antigo, **ADAPTÁ-LO** ou **MIGRAR** para um novo?

Não. Cerca de 30 operadoras, como a Bradesco e a Sul América, conseguiram autorização da ANS para não oferecer a adaptação. O cliente vai ter de optar entre migrar e manter o plano.

## 10 O que são doenças ou lesões **PREEXISTENTES**?

Aquelas que o consumidor adquiriu antes da assinatura do contrato. Ao aderir a um plano, o consumidor preenche um formulário em que deve informar todas as doenças das quais tem conhecimento.

## 11 O que acontece se a doença ou lesão não forem comunicadas?

Se ficar comprovado que o usuário sabia da existência no momento em que assinou o contrato, é possível ficar caracterizada má-fé e a operadora pode se recusar a prestar os serviços. Se o usuário sofria de alguma doença, como diabetes ou osteoporose, mas não tinha conhecimento, não pode sofrer nenhuma sanção e a empresa deve cobrir as despesas relativas ao atendimento.

## 12 Quem tem doença **PREEXISTENTE**, como diabetes, fica sujeito à carência se mudar de plano ou aderir a outro?

Sim. A carência será de 24 meses para os procedimentos de alta complexidade, como cirurgias em ▶

## TIPOS DE PLANOS

Quais são os principais produtos oferecidos pelas empresas e o que eles abrangem. Preste atenção em qual é o seu

### Ambulatorial

**O que é:** é o plano mais simples. Cobre consultas e procedimentos, inclusive os especiais, realizados em ambulatórios, como hemodiálise e diálise peritoneal, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia e cirurgias oftalmológicas. Exclui internação hospitalar

**A quem interessa:** quem deseja pagar mensalidade mais barata e está disposto a usar a saúde pública para internações. Cuidado: um dia de internação em uma UTI privada, que não é coberto, custa mais de R\$ 1.000

### Hospitalar (com ou sem obstetrícia)

**O que é:** compreende os atendimentos realizados durante a internação hospitalar, como honorários médicos, cirurgias, serviços gerais de enfermagem, alimentação, despesas do acompanhante para menores de 18 anos, exames pré-anestésicos, pré-cirúrgicos, fisioterapia, transplante de córnea e rim.

O plano com obstetrícia é mais caro, mas inclui os procedimentos relativos ao pré-natal e ao parto

**A quem interessa:** adequado para quem deseja pagar por consultas e exames feitos fora de hospitais conveniados, mas prefere poder contar o serviço hospitalar para tratamentos de doenças mais complexas

### Plano de referência

**O que é:** o mais completo. Dá cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica. Inclui o atendimento a doenças como Aids e câncer. Autoriza a realização de exames complexos e de transplantes de córnea e rim. Não há limite de dias para internações. Cobre todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Problemas Relacionados com a Saúde da OMS

**A quem interessa:** é a melhor opção. Cobre o que está descrito nos planos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. Mas o usuário tem de verificar se cabe em seu bolso, pois é mais caro

### Odontológico

**O que é:** inclui procedimentos odontológicos realizados em consultório, incluindo exames clínicos, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia

**A quem interessa:** aos consumidores que estão dispostos a gastar mais dinheiro e ter a garantia, também, da saúde bucal. Há planos e seguros que incluem o atendimento odontológico. Outros oferecem esse tipo de serviço separadamente. O usuário precisa avaliar se há maior compensação financeira

decorrência da doença. Mas as consultas e os exames simples serão liberados em até seis meses. Embora a lei permita que os planos imponham um período de até seis meses de carência para consultas, na prática eles liberam depois de 30 dias.

**13 Quando o usuário pode rescindir o contrato?**

Quando quiser. Mas deve avisar à operadora para não ficar inadimplente.

**14 Em que casos a operadora pode rescindir o contrato?**

Em caso de atraso de 60 dias (consecutivos ou não) no pagamento das mensalidades dos últimos 12 meses do contrato. Porém, a operadora é obrigada a alertar o usuário de que ele está inadimplente antes do cancelamento. A operadora também poderá cancelar o contrato se o usuário cometer alguma fraude, como fornecer sua carteirinha para terceiros.

**15 Há carência para a realização de partos?**

Sim, de dez meses. Se a usuária estiver fazendo a adaptação de um plano que cobria parto, o novo contrato não terá carência.

**16 Quais as diferenças entre um SEGURO e um PLANO de saúde?**

Os seguros trabalham basicamente com reembolso. Alguns também têm uma rede de médicos, hospitais e laboratórios credenciados, em que o cliente é atendido sem desembolsar nada. Já os planos trabalham prioritariamente com as redes credenciadas. Alguns também têm opção de reembolso. Na prática, a grande diferença entre as duas modalidades é que os planos têm de obedecer às regras do Ministério da Saúde. Já a cobertura oferecida pelos seguros não é controlada pela ANS. Vale apenas o que estiver estipulado em contrato.

**17 Quando a mensalidade de um plano ou seguro pode ser reajustada?**

Os reajustes são anuais. Vencem sempre no mês da assinatura do contrato. A ANS determina o índice de aumento dos planos novos, aqueles

feitos após a lei, assim como o dos adaptados. Para os antigos, vale o que estiver especificado no contrato. Quando o usuário muda de faixa etária também há aumento. Antes da lei, cada operadora estabelecia as faixas etárias para os reajustes. Com o Estatuto do Idoso, no ano passado, a ANS mudou as faixas dos planos novos, prevendo aumentos quando o cliente fizer 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54 e 59 anos. No caso de planos antigos, as operadoras também não podem fazer reajustes após os 59 anos.

**18 O plano de saúde pode descredenciar médicos?**

Sim. Mas a lei determina que os usuários sejam comunicados de qualquer descredenciamento. Se o usuário estiver no meio de um tratamento, o médico deve ser pago pela operadora até a alta.

**19 Hospitais podem ser descredenciados pelos planos?**

Sim. Mas é necessário comunicar isso aos usuários com 30 dias de ante-

cedência e a operadora tem de substituí-los por hospitais similares. Se o usuário não concordar, pode reclamar aos órgãos de defesa do consumidor ou à Justiça. Se um hospital for descredenciado durante uma internação, o plano é obrigado a arcar com todos os custos até a alta do paciente.

**20 O usuário deve deixar CHEQUE-CUÇÃO para internação?**

Não. Se algum hospital exigi-lo na hora da internação, o cliente precisa reclamar imediatamente à operadora.

**21 Filhos recém-nascidos podem ser incluídos no plano de saúde como dependentes?**

Sim. Para que não haja carência, a inscrição no plano precisa ser feita antes do 30º dia de vida.

**22 Até que idade alguém pode permanecer no plano como dependente?**

Depende do plano. A lei não determina. Em geral, a idade-limite fica entre 18 e 24 anos. ▶

**ONDE PEDIR AJUDA**

Quem pode auxiliar os clientes dos planos e seguros de saúde



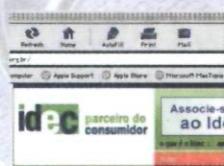
**Agência Nacional de Saúde Suplementar –**

O órgão do Ministério da Saúde regula o setor e dá orientação sobre os direitos dos usuários. Quando há acúmulo de denúncias sobre uma empresa de saúde, a agência fiscaliza mais de perto.

**Contatos:** [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo telefone 0800-7019656

**Procon** – Órgão dos governos estaduais para defesa do consumidor. Orienta os usuários dos serviços de saúde. Dependendo do caso, aciona as operadoras para buscar acordos ou encaminha os queixosos para a Justiça.

**Contatos:**  
Bahia (71) 321-4228  
Minas Gerais (31) 3277-9503  
Rio de Janeiro (21) 1512  
Rio Grande do Sul (51) 3286-8200  
São Paulo (11) 1512



**Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) –**

Organização não-governamental que presta assessoria jurídica para consumidores. Fornece informações, mas só defende ações coletivas.

**Contatos:** [www.idec.org.br](http://www.idec.org.br) ou pelo telefone (11) 3874-2150



**Pro Teste (Associação Brasileira de Defesa do Consumidor) –**

Organização não-governamental que presta assessoria jurídica para consumidores. Além de informações, pode oferecer serviços de advocacia para grupos de usuários lesados.

**Contatos:** [www.proteste.org.br](http://www.proteste.org.br) ou (11) 5573-4696

**23 Um filho adotivo pode ser incluído como dependente?**

Pode ser inscrito como dependente. Recém-nascido segue as regras do filho natural. Crianças menores de 12 anos de idade aproveitam os períodos de carência cumpridos pelo titular.

**24 O paciente tem direito a ficar com acompanhante na internação?**

Menores de 18 anos, sim. As despesas do acompanhante deverão ser pagas pelo plano. Idosos também têm direito, mas a lei não especifica quem pagará as despesas. O cliente pode pagar e tentar um acordo com a operadora para obter reembolso.

**25 Os seguros e planos cobrem a realização de TRANSPLANTES?**

Pela lei, os planos de referência são obrigados apenas a cobrir transplantes de córnea e rim. Os demais devem ser pagos pelo usuário ou realizados pelo SUS. Alguns transplantes, como o de medula para tratamento de câncer, podem ser cobertos, mas o usuário vai precisar brigar na Justiça.

**26 O que fazer caso um médico ou hospital credenciados queiram COBRAR pela consulta ou por algum procedimento em protesto contra as operadoras?**

Alguns órgãos de defesa do consumidor recomendam que, se o caso for de emergência, o usuário pague, pe-

gue os recibos e exija o reembolso integral da operadora.

**27 E o que o cliente deve fazer se não for uma emergência?**

O usuário pode procurar atendimento de outro médico ou hospital credenciados. Mas deve reclamar à operadora e aos órgãos de defesa do consumidor.

**28 Vale a pena registrar boletim de ocorrência na delegacia?**

Sim. Todos os documentos que o usuário tiver para comprovar a conduta irregular de um médico ou um hospital valem. O boletim de ocorrência também pode aumentar a pressão sobre a operadora.

**29 É importante registrar queixa na ANS contra as empresas?**

Sim. O órgão fiscaliza e regula o setor. É a ANS que autoriza o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

**30 Quando vale a pena entrar na JUSTIÇA contra uma operadora?**

Quando o usuário não conseguir fazer acordo extrajudicial ou por intermédio dos órgãos de defesa do consumidor. ■

FONTES PARA ELABORAÇÃO DESTE GUIA: MARIA INÊS DOLCI e FLÁVIA LEFRÈVE GUIMARÃES (PROTESTE), ANDRÉ LUIZ LOPES DOS SANTOS (PROCON-SP) e ANDRÉA SALAZAR (IDEC)

**COMO PROCESSAR**

Quais são os caminhos para o consumidor que se sente lesado e deseja buscar a Justiça



**1º passo**

Os órgãos de defesa do consumidor recomendam que, de início, o consumidor tente negociar direto com a operadora de saúde. Isso é importante para, mais tarde, mostrar que o consumidor tentou todos os recursos antes de partir para uma ação judicial

**2º passo**

Se a negociação com a operadora não for bem-sucedida, o usuário lesado deverá procurar a orientação do Procon mais próximo ou de outro órgão de defesa do consumidor. Essas entidades também podem intermediar uma tentativa de acordo

**3º passo**

Caso não haja conciliação, há dois caminhos, o Juizado Especial Cível ou a Justiça comum, dependendo do valor em questão:

**Até 20 salários mínimos** – O mais indicado é o Juizado Especial Cível. Não é necessário procurar um advogado. Basta levar todos os documentos que comprovem a queixa, como exames, recibos de pagamentos e pedidos médicos

**Até 40 salários mínimos** – É o valor máximo para ingressar com uma ação no Juizado Especial Cível. A vantagem dessa instância é que o processo anda mais rápido do que na Justiça comum. Em geral, o resultado vem em três meses. Nos casos cuja soma seja inferior a 20 salários mínimos, o usuário não precisa contratar um advogado

**Em caso de emergência** – Se o assunto for urgente, como quando uma operadora não autoriza a internação de um cliente, por exemplo, o Juizado Especial Cível ou a Justiça comum podem conceder liminar em até 24 horas. O processo continua correndo depois

**Mais de 40 salários mínimos** – Para valores altos, a opção é a Justiça comum. É necessário contratar advogado e o processo pode durar anos

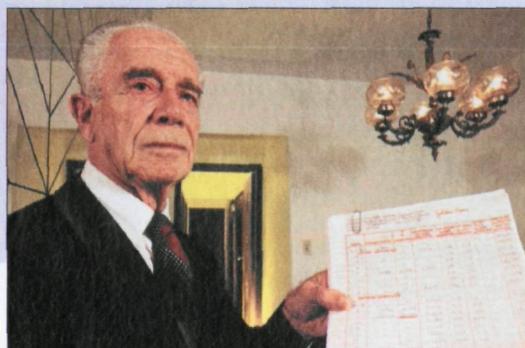
**Aumento abusivo**

**Aposentado consegue frear reajuste de mensalidades**

O aposentado Reginaldo Paganini, de 77 anos, adquiriu um plano de saúde da Golden Cross há 18 anos. Desde 1998, ele luta na Justiça contra os aumentos. “Quando eu completei 60 anos, veio um acréscimo de 139,23%. Depois, além da inflação, quando eu fiz 70, eles queriam um reajuste de 102%”, diz. O aposentado conseguiu uma liminar e até hoje paga as mensalidades sem o se-

gundo reajuste. Ele e a esposa continuaram com a Golden. Desembolsam R\$ 700 por mês. “Outro motivo para eu me queixar dos aumentos foi o descredenciamento dos hospitais e médicos de primeira linha. Com o tempo, o plano foi ficando prejudicado”, reclama. Paganini não é o único. Queixas como as dele incham as estatísticas dos órgãos de defesa do consumidor. ■

CAMILA CARVAS



Fabiano Accorsi/ÉPOCA

**DIREITOS** Paganini acionou plano de saúde na Justiça