

PARECER JURÍDICO

Trata-se de consulta formulada pelo SINAIT, Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais do Trabalho, acerca da análise jurídica do contrato e condições do plano de saúde oferecido pela Fundação Nacional dos Servidores do Ministério da Fazenda - ASSEFAZ, uma vez que os Auditores-Fiscais do Trabalho já têm acesso aos planos de saúde Unimed – FESP, GEAP, dentre outros.

Diante do oferecimento do plano de saúde por parte da ASSEFAZ, os filiados têm buscado a entidade para conhecer mais sobre tal proposta e sobre eventuais vantagens e desvantagens frente aos produtos já oferecidos anteriormente.

Assim, o presente parecer tem o intuito de esclarecer os contratos, para que os filiados possam escolher o que melhor lhes convier.

Passo a opinar.

1. DA DELIMITAÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA DOS PLANOS DE SAÚDE

Os planos de saúde podem ser divididos pelos seguintes regimes ou tipos de contratação¹:

- a) Individual ou familiar;
- b) Coletivo empresarial; ou
- c) Coletivo por adesão.

Plano individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar².

Plano coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial³.

Plano empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária⁴.

Os planos oferecidos pela ASSEFAZ aos Auditores-Fiscais do Trabalho constituem-se na modalidade empresarial, tendo como estipulante o Ministério da Economia.

¹ BRASIL. Lei 9.656/98. Art. 16º, inciso VII

² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. RN 195. Art. 3º

³ *Idem*. Art. 9º, incisos I ao VII

⁴ *Idem*. Art. 5º

2. DAS CONDIÇÕES PARA A ADESÃO/ELEGIBILIDADE DO TITULAR

Para que se possa gozar da cobertura contratual de plano de saúde empresarial, o beneficiário deve estar vinculado a um ente contratante, que no caso da ASSEFAZ é denominado PATROCINADOR.

Nesse compasso, é necessário adentrar na análise da razão pela qual os Auditores-Fiscais do Trabalho ganharam a legitimidade para contratar com a ASSEFAZ.

Em 30/09/2019, em seu *site*, a ASSEFAZ ofereceu a seguinte informação:

A Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda – Assefaz firmou, em setembro, um Termo Aditivo com o Ministério da Economia, para possibilitar a todos os servidores da Pasta a adesão aos planos de saúde ofertados pela entidade. Isso foi feito porque a entidade representava, até o início de 2019, somente os servidores do extinto Ministério da Fazenda, que foi substituído pelo Ministério da Economia, englobando várias pastas, compondo-se de sete secretarias. Entre elas, a Secretaria Especial do Trabalho e Previdência, à qual os Auditores-Fiscais do Trabalho estão vinculados.

Portanto, os planos de saúde oferecidos aos Auditores-Fiscais do Trabalho são da segmentação empresarial, tendo como patrocinador/estipulante o Ministério da Economia.

A adesão à ASSEFAZ é facultativa, voluntária e independente do SINAIT, devendo o solicitante preencher os critérios de elegibilidade, sendo o principal deles a declaração de vínculo com a entidade estipulante, o Ministério da Economia e suas secretarias.

Sobre esse tema, importante destacar que os Auditores-Fiscais do Trabalho ganharam tal legitimidade, pois, conforme já elucidado, as pastas do Ministério da Fazenda e da Economia se fundiram. Nesse sentido, é impossível determinar a duração temporal de tal legitimidade, uma vez que, em caso de nova separação, pode ser arguida a perda de elegibilidade, pois não se teria mais o vínculo com o patrocinador.

Levantada tal possibilidade junto ao setor administrativo da ASSEFAZ, também não há certeza sobre a manutenção da elegibilidade ou não.

2.1. Da elegibilidade dos dependentes

Todos os planos oferecidos pela ASSEFAZ permitem a adesão de dependentes, sendo que cada um desses pagará a mensalidade cheia conforme sua faixa etária e tabela de preços. Contudo, existe divergência entre o que é oferecido no *site*⁵ da ASSEFAZ e o que está disposto no regulamento do plano de saúde oferecido no mesmo *site*.

⁵ <http://www.assefaz.org.br/novo/planos-de-saude/nossos-planos> Acesso em 07 nov 2019

Coletivo Empresarial					
Planos	ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL	ASSEFAZ RUBI APARTAMENTO EMPRESARIAL	ASSEFAZ SAFIRA APARTAMENTO EMPRESARIAL	ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL	PLANO ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL
Registro ANS	Nº 466498121	Nº 466490126	Nº 466500127	Nº 466489122	Nº 479966186
Situação do Plano	Ativo	Ativo	Ativo	Ativo	Ativo
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Odontologia	Sim	-	-	-	-
Medicamentos	50% de reembolso	50% de reembolso	-	-	-
Abrangência	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Acomodação	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento
Inclusão	Até 4º grau consanguíneo e 2º grau por afinidade.	Até 4º grau consanguíneo e 2º grau por afinidade.	Até 4º grau consanguíneo e 2º grau por afinidade.	Até 4º grau consanguíneo e 2º grau por afinidade.	Até 4º grau consanguíneo e 2º grau por afinidade.
Coparticipação	-	-	-	Ambulatorial e Hospitalar	Ambulatorial e Hospitalar
Rede Credenciada	Ampla	Ampla	Ampla	Ampla	Referenciada
Regulamento	Diamante Empresarial	Rubi Empresarial	Safira Empresarial	Esmeralda Empresarial	Cristal Empresarial
Proposta	Aderir/ Per capita	Aderir/ Per capita	Aderir/ Per capita	Aderir/ Per capita	Aderir/ Per capita
Check List Guia de Adesão Conveniados Mapa de Parentesco Manual de Contratação Guia de Leitura Contratual					

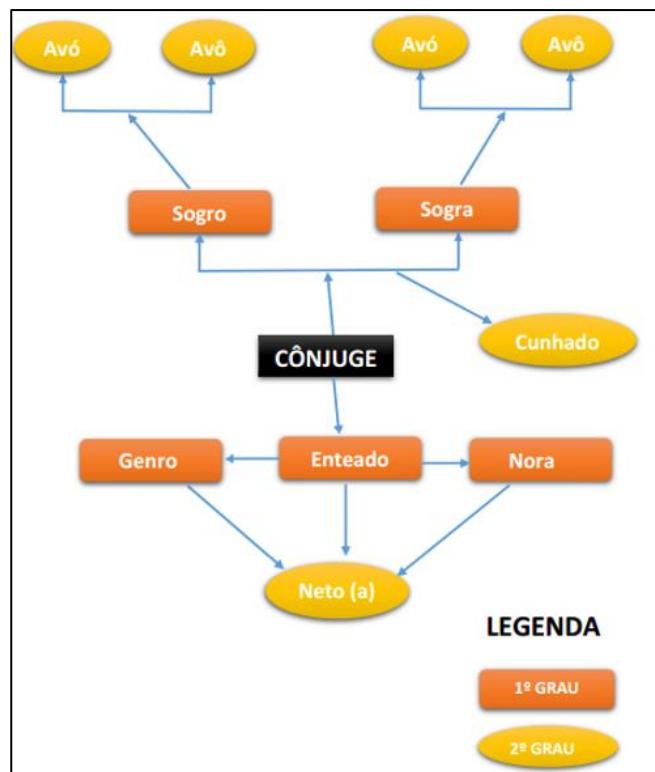
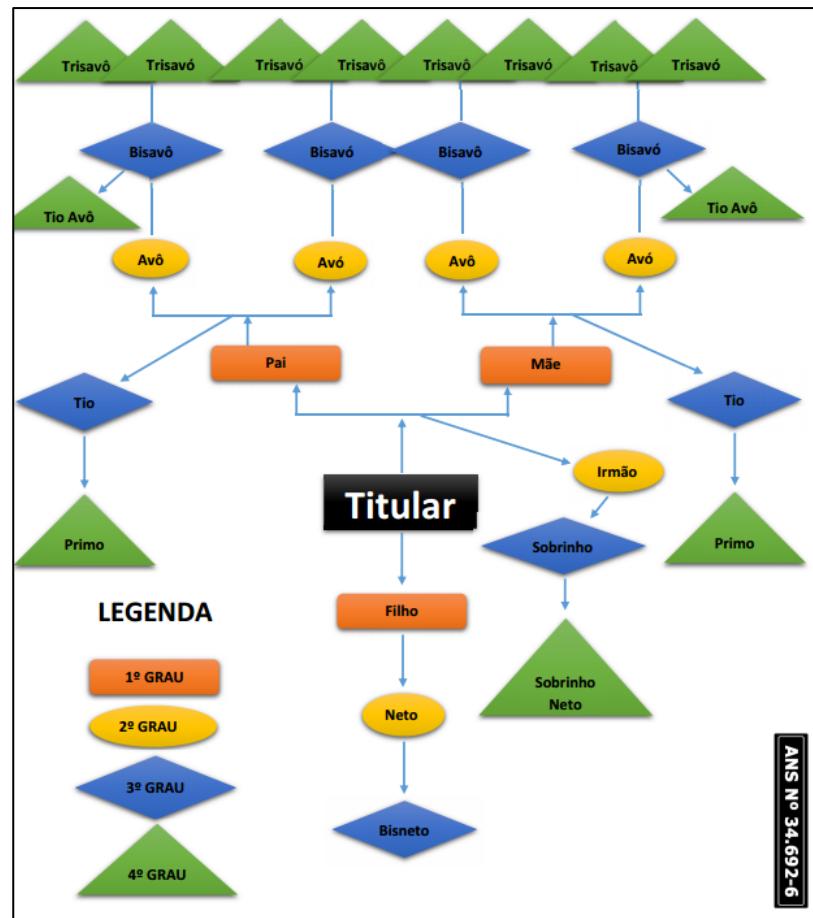
Por suas vezes, os regulamentos dos contratos diamante, rubi, safira e esmeralda possuem cláusula dispondo que o contrato abrangeira somente até o 3º grau consanguíneo e 2º grau por afinidade. Veja:

Parágrafo Único - Ao beneficiário Titular é facultado incluir seus Dependentes, até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, mediante o pagamento da mensalidade correspondente à faixa etária de cada um deles.

Em consulta ao setor administrativo da ASSEFAZ, foi informado que o válido é a cláusula do regulamento e que nenhum produto oferece abrangência até o quarto grau. No entanto, o plano Cristal oferece tal possibilidade, inclusive em seu regulamento.

Assim, esse parecerista entende que o regulamento é o documento que deve ser utilizado como norte na análise da escolha, mas que a promessa de alcance até o 4º grau consanguíneo (oferecido na propaganda do site da Assefaz) e 3º grau por afinidade (oferecido em cada regulamento) pode ser objeto de ação judicial, caso o beneficiário entenda por desejar ter tal benefício.

No intuito de auxiliar tal alcance, a própria Assefaz disponibiliza em seu site o mapa de parentesco e de afinidade, conforme colacionado abaixo:



3. DAS COBERTURAS, DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO E DAS MENSALIDADES

Foram disponibilizados cinco produtos pela ASSEFAZ, quais sejam: diamante, rubi, safira, esmeralda e cristal.

Quanto às segmentações, os produtos possuem as seguintes características:

	Amb	Hospitalar	Obstetrícia	Odontológico	50% Med	Onco Sírio	Coparticipação	Referenciados
Diamante							-	-
Rubi				-			-	-
Safira				-	-	-	-	-
Esmeralda				-	-	-		-
Cristal				-		-		

3.1. Das coberturas

Todos os contratos são considerados referência e versam que terão coberturas as doenças previstas na CID e os procedimentos previstos no rol da ANS.

Entretanto, é pacífico nos tribunais brasileiros o entendimento de que o rol da ANS é exemplificativo, e não taxativo. Isso significa que a justiça entende que mesmo procedimentos não constantes no rol devem ser custeados pela operadora.

O julgado abaixo demonstra como o E. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios julga o tema:

*CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **ASSEFAZ**. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DO CDC. EXAME OFTALMOLOGICO. LIMITAÇÃO PELO PLANO. DESCABIMENTO. INDICAÇÃO MÉDICA. RECUSA DE COBERTURA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. ARBITRAMENTO POR APRECIAÇÃO EQUITATIVA. OBSERVÂNCIA DAS MÁXIMAS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE. NÃO ADSTRIÇÃO AOS LIMITES MÍNIMO E MÁXIMO DISPOSTOS NO CAPUT DO § 2º DO ARTIGO 85 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. SENTENÇA MANTIDA.*

1 - *O Superior Tribunal de Justiça firmou o entendimento de que “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão” (Súmula 608).*

2 - *O Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - **ANS** possui caráter referencial de cobertura mínima obrigatória, mas não taxativa, em relação à cobertura assistencial dos planos de assistência à saúde, o que não afasta a obrigação dos planos contratados de custearem o exame indicado pelo médico assistente aos seus beneficiários. [...] Apelação Cível 0723307-40.2018.8.07.0001 desprovida.*

Portanto, mesmo que o contrato disponha que somente procedimentos constantes no rol terão cobertura, pode ocorrer o ajuizamento de ações no sentido de requerer o custeio de procedimentos que não constem no referido rol.

Além da cobertura referencial da ANS, os dois produtos mais caros, diamante e rubi, oferecem como cobertura adicional o reembolso de 50% de valores despendidos com medicamentos e tratamento oncológico no hospital Sírio Libanês, referência em tratamentos dessa natureza. Isso não significa que os outros produtos não tenham cobertura para tratamento oncológico, mas somente de que o beneficiário teria acesso a tal hospital.

Quanto aos medicamentos, o reembolso de 50% não se refere às drogas utilizadas antineoplásicas, pois a cobertura para esse tipo de tratamento deve ser custeada integralmente⁶. O reembolso se refere aos medicamentos citados no Art. 55 do regulamento, exceto aqueles listados no Art. 56, medicamentos esses não classificados como oncológicos

3.2. Dos mecanismos de regulação

Os contratos dos produtos esmeralda e cristal utilizaram como mecanismos de regulação, dentre outros comuns a todos, como a junta médica, por exemplo, a coparticipação e a rede referenciada.

3.2.1. Da coparticipação

A coparticipação é o valor devido à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde⁷.

Quanto a atendimentos ambulatoriais, o contrato estabelece que o beneficiário arcará com 30% de coparticipação sobre cada procedimento.

Exemplo 1: se uma ecografia custa R\$ 1.000,00, o beneficiário arcará com R\$ 300,00.

Exemplo 2: se uma tomografia custar R\$ 2.000,00, o beneficiário teria que arcar com R\$ 600,00. Contudo, há o teto de R\$ 480,44, valor esse o único a ser pago pelo beneficiário. O excedente de R\$ 119,56 não será cobrado do beneficiário.

Exemplo 3: Se o beneficiário realizou a ecografia e a tomografia, a soma dos dois eventos daria em coparticipação 780,44. Contudo, o teto geral de R\$ 701,87 imporia o pagamento no primeiro mês do teto e no segundo mês um valor de R\$ 78,57.

⁶ BRASIL. Lei 9.656/98. Art. 12, inciso I, alínea c [...] cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

⁷ <http://www.ans.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-comentadas/4410-franquia-e-coparticipacao> Acesso em 07 nov 2019

Quanto a atendimento hospitalar, o beneficiário, sempre que utilizar, pagará o valor fixo de R\$ 960,93. Atendimentos *day clinic*, ou seja, que não ultrapassam 12 horas será cobrado metade do valor de coparticipação para atendimento hospitalar (metade de R\$ 960,93 = R\$ 480,47, fixo). Não há percentual previsto de coparticipação.

Em ambos os casos, o valor a ser descontado mensalmente do beneficiário não excederá o teto de R\$ 701,87. O excedente será descontado mês a mês até a quitação da dívida.

Segue abaixo tabela de coparticipação dos planos esmeralda e cristal:

ESMERALDA APARTAMENTO – COPARTICIPAÇÃO	
FATOR REGULADOR	VALOR
Coparticipação Hospitalar	R\$ 960,93
Day Clinic	R\$ 480,47
Coparticipação Ambulatorial por Evento	R\$ 480,44
Teto mensal por beneficiário	R\$ 701,87

CRISTAL APARTAMENTO – COPARTICIPAÇÃO	
FATOR REGULADOR	VALOR
Coparticipação Hospitalar	R\$ 575,00
Day Clinic	R\$ 287,50
Coparticipação Ambulatorial por Evento	R\$400,00
Teto mensal por beneficiário	R\$460,00

3.2.2. Da rede referenciada

Existem duas formas do beneficiário utilizar da cobertura do plano: escolha dirigida ou livre escolha.

Na escolha dirigida, o beneficiário busca um profissional ou estabelecimento de saúde em uma lista pré-estabelecida pelo plano de saúde. Nesse caso, o beneficiário não precisa arcar com qualquer valor.

Na livre escolha, o beneficiário busca um profissional de sua confiança e que não compõe a lista de credenciados/referenciados. Nesse caso, ele deverá efetuar o pagamento diretamente ao profissional ou estabelecimento e buscar o reembolso junto à ASSEFAZ.

Vale ressaltar que o valor reembolsado pelo uso da modalidade de livre escolha não obedecerá necessariamente ao valor despendido, devendo ser observado o cálculo de cada contrato e tabela oferecida.

Insta ressaltar que o Art. 17 da Lei 9.656/98 impõe limites do direito de substituição de credenciados/referenciado por parte da operadora.

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

Há de se fazer uma reflexão mais aprofundada sobre rede referenciada quando da contratação do plano de menor custo, o Cristal. Tal produto deixa claro que não se utiliza de toda a rede oferecida pelos outros produtos.

3.3. Das mensalidades

A Assefaz ofereceu os produtos com as seguintes mensalidades na adesão:

TABELA DE VALORES – MINISTÉRIO DA ECONOMIA					
FAIXA ETÁRIA	DIAMANTE APARTAMENTO	RUBI APARTAMENTO	SAFIRA APARTAMENTO	ESMERALDA APARTAMENTO	CRISTAL APARTAMENTO
00 a 18	R\$ 552,43	R\$ 392,47	R\$ 361,23	R\$ 321,09	R\$ 197,58
19 a 23	R\$ 607,64	R\$ 431,65	R\$ 397,32	R\$ 353,17	R\$ 217,62
24 a 28	R\$ 668,39	R\$ 474,86	R\$ 437,07	R\$ 388,52	R\$ 239,40
29 a 33	R\$ 768,67	R\$ 546,08	R\$ 502,66	R\$ 446,80	R\$ 275,30
34 a 38	R\$ 883,99	R\$ 627,99	R\$ 578,05	R\$ 513,79	R\$ 316,59
39 a 43	R\$ 1.060,76	R\$ 753,59	R\$ 693,63	R\$ 616,56	R\$ 379,91
44 a 48	R\$ 1.357,74	R\$ 964,60	R\$ 887,89	R\$ 789,17	R\$ 486,27
49 a 53	R\$ 1.765,08	R\$ 1.254,01	R\$ 1.154,25	R\$ 1.025,95	R\$ 632,16
54 a 58	R\$ 2.365,22	R\$ 1.680,33	R\$ 1.546,67	R\$ 1.374,77	R\$ 847,10
59 +	R\$ 3.311,30	R\$ 2.352,45	R\$ 2.165,32	R\$ 1.924,68	R\$ 1.185,31

Exemplo 1: Beneficiário 53 anos de idade que aderir ao plano Safira deverá pagar a mensalidade de R\$ 1.154,25 mais uma taxa associativa para Auditores-Fiscais do Trabalho de R\$ 126,16. Assim, a mensalidade desse beneficiário já no primeiro mês será de R\$ 1.280,41.

A regra vale para o dependente, sem a cobrança da taxa associativa. Em resumo, o dependente pagará somente a mensalidade conforme sua faixa etária.

3.3.1. DOS REAJUSTES PREVISTOS

3.3.1.1. DO REAJUSTE ANUAL

As contraprestações pecuniárias serão reajustadas anualmente, com base em cálculo atuarial, na data do aniversário do contrato, independentemente da data de adesão individual de cada beneficiário.

Vale destacar que o plano de saúde em questão é da modalidade empresarial e que seu reajuste anual corresponde à variação de custos médicos e hospitalares no período mínimo de 12 (doze) meses, não se confundindo com o reajuste do plano individual autorizado e regulado pela ANS.

3.3.1.2. Do reajuste por mudança de faixa etária

O reajuste por mudança de faixa etária ocorre quando há alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para faixa superior, readequando automaticamente as mensalidades, no mês seguinte ao do aniversário, de acordo com o percentual previsto no contrato.

VARIAÇÃO % DE FAIXA ETÁRIA	FAIXA ETÁRIA	ESMERALDA APARTAMENTO
00 – 18 anos 0%	00 a 18	R\$ 321,09
19 – 23 anos 10%	19 a 23	R\$ 353,17
24 – 28 anos 10%	24 a 28	R\$ 388,52
29 – 33 anos 15%	29 a 33	R\$ 446,80
34 – 38 anos 15%	34 a 38	R\$ 513,79
39 – 43 anos 20%	39 a 43	R\$ 616,56
44 – 48 anos 28%	44 a 48	R\$ 789,17
49 – 53 anos 30%	49 a 53	R\$ 1.025,95
54 – 58 anos 34%	54 a 58	R\$ 1.374,77
59 ou mais 40%	59 +	R\$ 1.924,68

Tal reajuste deve obedecer ao comando normativo insculpido na RN 63 da ANS, que prevê que:

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

Quanto à análise de que *o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária*, pode ser extraída o valor direto da mensalidade fixada ou da variação percentual das faixas etárias:

	Diamante	Rubi	Safira	Esmeralda	Cristal
1ª faixa	R\$ 552,43	R\$ 392,47	R\$ 361,23	R\$ 321,09	R\$ 197,58
Última faixa	R\$ 3.311,30	R\$ 2.352,45	R\$ 2.165,32	R\$ 1.924,68	R\$ 1.185,31
Sêxtuplo da 1ª faixa	R\$ 3.314,58	R\$ 2.354,82	R\$ 2.167,38	R\$ 1.926,54	R\$ 1.185,48

Nesse sentido, todas as últimas faixas são inferiores a seis vezes a primeira faixa, o que cumpre a condição estipulada pelo Art. 3º, inciso I da RN 63 da ANS.

Existe uma confusão sobre a formula que deve ser utilizada para realizar tal cálculo. Diante disso, será realizada também a conta com base na variação percentual.

FAIXA ETÁRIA	REAJUSTE	VARIAÇÃO PERCENTUAL	SOMA DAS VARIAÇÕES PERCENTUAIS
0 – 18 anos	0%	1.00	1.00
19 – 23 anos	10%	1.10	1.10
24 – 28 anos	10%	1.10	1.21
29 – 33 anos	15%	1.15	1.3915
34 – 38 anos	15%	1.15	1.600225
39 – 43 anos	20%	1.20	1.92027
44 – 48 anos	28%	1.28	2.4579456
49 – 53 anos	30%	1.30	3.19532928
54 – 58 anos	34%	1.34	4.2817412352
59 ou mais	40%	1.40	5.9944377293

A tabela acima demonstra, por meio da soma das variações percentuais que o reajuste por mudança de faixa etária de todos os planos respeitam a imposição prevista no Art. 3º, inciso I da RN 63 da ANS.

No entanto, ao confrontar os percentuais apresentados para reajuste por mudança de faixa etária, foi possível verificar que o reajuste não observa a condição imposta pelo Art. 3, inciso II da RN 63 da ANS. A tabela abaixo demonstra que a soma da variação percentual entre a 7^a e a 10^a faixas estárias são superiores à soma das variações percentuais da 1^a até a 7^a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA		REAJUSTE	VARIAÇÃO PERCENTUAL	SOMA DAS VARIAÇÕES PERCENTUAIS	1 ^a até 7 ^a	7 ^a até 10 ^a
1 ^a	0 – 18 anos	0%	1.00	1.00	1.00	
2 ^a	19 – 23 anos	10%	1.10	1.10	1.10	
3 ^a	24 – 28 anos	10%	1.10	1.21	1.21	
4 ^a	29 – 33 anos	15%	1.15	1.3915	1.3915	
5 ^a	34 – 38 anos	15%	1.15	1.600225	1.600225	
6 ^a	39 – 43 anos	20%	1.20	1.92027	1.92027	
7 ^a	44 – 48 anos	28%	1.28	2.4579456	2.4579456	1.28
8 ^a	49 – 53 anos	30%	1.30	3.19532928		1.664
9 ^a	54 – 58 anos	34%	1.34	4.2817412352		2.22976
10 ^a	59 ou mais	40%	1.40	5.9944377293		3.121664

Portanto, a soma da variação percentual entre a 7^a e a 10^a faixa etária transborda a soma da 1^a até a 7^a em 0,6637184, o que vai de encontro com a referida norma.

Não é incomum o ajuizamento de ações que tem como alvo reajustes de planos de saúde tidos como abusivos. No caso dos produtos oferecidos, é possível o ajuizamento de ação contra o valor vertido, pois está em clara afronta à norma.

4. DAS CARÊNCIAS

Plano de saúde consiste, basicamente, em uma proteção para a saúde de um indivíduo contra um evento futuro e incerto.

Na proteção desse princípio, a Lei 9.656/98 autorizou a imposição de período de cumprimento de carência para que o indivíduo não deturasse esse conceito de “futuro e incerto”, tornando-o presente e certo.

Todavia, levando em consideração a mutualidade contratual e a diminuição do risco, quando da contratação de um grupo maior, o Art. 6º da RN 195 da ANS dispôs que

No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante

Assim, considerando que a carteira de beneficiários do Ministério da Economia supera a de trinta beneficiários, os produtos da Assefaz foi disponibilizado para os AFT sem a necessidade do cumprimento de período de carências.

Insta ressaltar que a prorrogação por mais quinze dias para que os AFT aderissem ao plano se deu por mera vontade da ASSEFAZ, não estando legalmente previsto, mas estando no espectro da liberalidade de contratar.

Portanto, não haverá períodos de carência a serem cumpridos.

5. MULTA POR RESCISÃO CONTRATUAL COM OS PLANOS ATUAIS

A adesão aos planos da Assefaz é livre e desvinculada da atuação do SINAIT. Todavia, o beneficiário deve estar atento a possível cobranças de multas por rescisão contratual a planos presentes que porventura sejam cancelados para adesão aos da Assefaz.

Esse parecerista recomenda que cada beneficiário leia seu contrato e verifique tal possibilidade, haja vista a grande quantidade de planos disponíveis aos AFT.

6. COMPARATIVO DO PLANO DE AUTOGESTÃO COM O PLANO DE SAÚDE ABERTO

Define-se como operadora de autogestão a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde.

Em verdade, havia uma celeuma jurídica sobre a natureza jurídica do plano de saúde de autogestão e a aplicação do código de defesa do consumidor a tais planos.

Esta dúvida se agravou quando o Superior Tribunal de Justiça – STJ sumulou o entendimento de que não se aplica o CDC aos contratos de planos de autogestão.

Diante disso, estabilizou o entendimento de que devem ser observados os contratos firmados entre as partes e que esses devem estar alinhados com o Código Civil brasileiro e com a Constituição Federal de 1988, além das resoluções normativas.

Dos planos oferecidos aos AFT, o da GEAP e agora o da ASSEFAZ são de autogestão. Os planos oferecidos pelo SINAIT por intermédio da administradora AllCare não são considerados de autogestão, mas sim como de planos abertos.

Prerrogativas como a inversão do ônus da prova, hipossuficiência do consumidor, interpretação mais favorável ao consumidor, dentre outras, não se aplicam mais nos termos do CDC aos contratos de planos de saúde de autogestão.

7. DA RESCISÃO CONTRATUAL

A jurisprudência consolidou o entendimento de que os planos coletivos podem ser rescindidos imotivadamente se seguirem o previsto na norma.

O parágrafo único do Art. 17 da RN 195 da ANS dispõe que os planos coletivos podem ser rescindidos após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

No caso dos planos de autogestão, a rescisão ocorre de forma mais rara, pois, mantidas as condições de elegibilidade, o beneficiário pode permanecer no plano enquanto essa condição se mantiver ou até que não deseje mais.

Quanto aos planos abertos, a rescisão ocorre com maior frequência, bastando um desacordo entre estipulante e plano, além do cumprimento dos requisitos da RN 195.

Caso ocorra rescisão do plano aberto e a operadora não comercialize plano individual, o beneficiário poderá ficar desassistido, conforme previsto no Art.3º da CONSU 19.

8. CONCLUSÃO

Os Auditores-Fiscais do Trabalho já possuem legitimidade para contratar e gozar da cobertura de vários planos de saúde, seja com a intermediação do Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais do Trabalho – SINAIT, seja pela propria condição de servidores com a disponibilização do plano pelo órgão que possuem vínculo.

Com a unificação do Ministério da Fazenda e de outras tantas pastas e secretarias ao Ministério da Economia, os AFT ganharam a possibilidade de contratar com mais um plano, o da ASSEFAZ.

Trata-se de uma operadora sólida, registrada na ANS com diversos planos ativos e que conta ampla rede credenciada.

Os contratos oferecidos, em suas grandes partes, respeitam as normas aplicáveis, ressalvando pequenos detalhes de cunho jurisprudencial, como é o caso da cobertura de procedimentos fora do rol da ANS, e de cunho contratual, como no caso dos percentuais de reajuste de mudança de faixa etária que apresentaram divergências frente à regulação normativa.

Comparando os produtos oferecidos pela ASSEFAZ e os já disponibilizados aos AFT, é possível segregá-los em planos de autogestão e planos abertos.

Conforme delineado item anterior, os planos abertos são rescindidos mais frequentemente que os de autogestão, haja vista a finalidade lucrativa.

Portanto, o que se recomenda é que cada AFT analise seu contrato ativo e as especificidades apresentadas nesse parecer, bem como no próprio regulamento de cada produto, uma vez que existem diversas opções e somente o próprio beneficiário poderá saber de suas necessidades e optar pelo melhor lhe convier.

É o parecer.

Brasília/DF, 08 de novembro de 2019.

MARCO AURÉLIO MARTINS MOTA

OAB/DF 45.553

LINKS PARA REGULAMENTOS DOS PLANOS

DIAMANTE

<http://www.assefaz.org.br/portal/planos/arquivos/regulamento/regulamentoDiamanteAparamentoColetivoempresarial.pdf>

RUBI

<http://www.assefaz.org.br/portal/planos/arquivos/regulamento/regulamentoRubiApartamentoColetivoempresarial.pdf>

SAFIRA

<http://www.assefaz.org.br/portal/planos/arquivos/regulamento/regulamentoSafiraApartamentoColetivoempresarial.pdf>

ESMERALDA

<http://www.assefaz.org.br/portal/planos/arquivos/regulamento/regulamentoEsmeraldaAparamentoColetivoempresarial.pdf>

CRISTAL

http://www.assefaz.org.br/novo/attachments/article/4703/Regulamento_Assefaz_Cristal%202.pdf