

País tem boom de fraudes no reembolso de planos de saúde

LUCIANA CASEMIRO E IVAN MARTÍNEZ-VARGAS

Fraudes envolvendo reembolsos de planos de saúde se multiplicaram e se sofisticaram no pós-pandemia e viraram caso de polícia. São práticas variadas, que usam recibos superfaturados ou que declaram tratamentos estéticos como procedimentos médicos e clínicas de fachada criadas apenas para atestar serviços inexistentes. A mais comum é o chamado "reembolso assistido", na qual a clínica se oferece para agilizar a liberação de ressarcimentos e o cliente informa sua legítima einha do plano de saúde e acaba cobrando por procedimentos não realizados ou inflacionando os valores.

Levantamento feito para O GLOBO pela Abrange, associação do setor, mostra que 135 inquéritos policiais foram abertos para apurar fraudes contra três das cinco maiores operadoras de planos de saúde do país (Hapvida, Notre Dame, Intermédica, Amil e SulAmérica) no último ano. Além das investigações criminais, grandes empresas começam a demitir funcionários envolvidos nas fraudes.

No "reembolso assistido", tratamentos são oferecidos "sem custo". Com os dados sigilosos do plano do cliente, o fraudador se passa por ele pedindo ressarcimentos por serviços não realizados ou até estéticos, que não são cobertos por planos, como botox e harmonização facial. Há casos em que o fraudador entra no aplicativo do plano e troca a conta bancária para o reembolso. Cria uma conta digital com o CPF do usuário para os depósitos pela operadora, incorrendo em outros crimes, como o de lavagem de dinheiro.

Não há uma estimativa precisa do tamanho do prejuízo aos planos de saúde, mas indicadores do setor dão pistas. Entre 2019 e 2022, o montante de reembolsos concedidos pelos planos de saúde saltou pouco mais de 8%, de quase R\$ 6 bilhões para R\$ 10,2 bilhões. No mesmo período, as despesas totais das empresas com seus beneficiários aumentaram 19,5%, de R\$ 172,8 bilhões para R\$ 206,2 bilhões, o que para especialistas é indicativo de distorção nos reembolsos. Só uma grande operadora, que preferiu não ser identificada, já apurou R\$ 110 milhões em fraudes desse tipo.

DENÚNCIA A MP

A FenaSaúde, que reúne as seguradoras do setor, já ingressou com três notícias-crimes no Ministério Público de São Paulo pedindo a apuração de indícios de fraudes que somam R\$ 51 milhões contra nove operadoras. No esquema denunciado, há não só clínicas e laboratórios de fachada, mas também empresas fictícias que contatam planos para supostos funcionários, tudo em cima do único objetivo de pedir ressarcimento por procedimentos nunca realizados.

Um administrador de empresas que não quis se identificar confessou ter se assustado ao ter R\$ 40 mil depositados em sua conta, a título de reembolso, alguns meses após ele se aposentar. Ele não sabia quem lhe enviava o dinheiro e nem quem lhe havia fornecido a senha e login de seu plano Bradesco Saúde. Ele e a mulher fizeram exa-



FRAUDE NO REEMBOLSO DE PLANOS DE SAÚDE

Esquema envolve uso de login de clientes e até empresas de fachada

mes simples, de biotimpênia e, numa consulta com endocrinologista, foram orientados a fazer exames de sangue ali. Mas a clínica mandou para o plano uma conta bem maior.

Pensou em devolver o montante à Bradesco Saúde, mas a clínica ameaçou protestar em cartório a dívida. Com receio de ter o nome sujo e ainda confessar participação no que descobriu ser uma fraude, acabou repassando o valor à iHealthy. Mas isso deixou malhada a situação na empresa muito desconfortável e acabou saindo meses depois.

A corretora de seguros Leila Souza foi à Justiça contra a iHealthy após ter seu nome negativado por uma dívida de R\$ 7,2 mil cobrada pela clínica diante do reembolso negado pela Bradesco Saúde.

Foi achando que eram da rede credenciada do meu plano. Chegando lá, me venderam a ideia de facilitação do reembolso. A empresa me cobrou R\$ 2.000 por uma consulta e exames de sangue.

Rodolpho Dias, dono da rede iHealthy, diz que todos os valores praticados em procedimentos feitos sob tabelados são simples, de biotimpênia e, numa consulta com endocrinologista, foram orientados a fazer exames de sangue ali. Mas a clínica mandou para o plano uma conta bem maior. Pensou em devolver o montante à Bradesco Saúde, mas a clínica ameaçou protestar em cartório a dívida. Com receio de ter o nome sujo e ainda confessar participação no que descobriu ser uma fraude, acabou repassando o valor à iHealthy. Mas isso deixou malhada a situação na empresa muito desconfortável e acabou saindo meses depois.

— Duas pessoas que fazem todos os exames de check-up de imagem e coleta de sangue vão pagar, no máximo, cerca de R\$ 20 mil cada. Não fazemos com muitas clínicas, que cobram o valor máximo do reembolso do plano. Dias diz que a rede atende 1 mil pacientes por mês e tem baixa taxa de reclamações. E admite que fazia pedidos de reembolso até de pacientes que não faziam pagamentos.

— Não fazemos mais reembolso sem desdobro desde a decisão do STJ. Quando fazíamos a solicitação do login, o paciente passava as informações porque queria e ganhava decisões judiciais que questionavam isso — diz o empresário, alegando que não há ilegalidades e os inquéritos instaurados foram arquivados.

PACIENTES DESAVISADOS

A decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que ele mencionou é de dezembro de 2022. A corte deu ganho de causa à Notre Dame Intermédica numa ação contra uma clínica e um laboratório que cobravam da operadora procedimentos feitos sem que os pacientes tivessem pago.

Em seu voto, o relator do caso, ministro Marco Aurélio Bellizze, disse que "o direito ao reembolso depende, por pressuposto lógico, que o beneficiário do plano de saúde tenha, efetivamente, desembolsado previamente os valores". A iHealthy afirma que não

faz mais "reembolso assistido", mas, no início deste mês, funcionários da clínica informaram a um repórter do GLOBO, que fez contato com o paciente interessado em tratamentos, que um "banco parceiro" faria o pagamento antecipado e que "essa operação não teria custo" ao paciente. A Bradesco Saúde não quis comentar o caso. Disse apenas que não tinha posição da FenaSaúde. Em muitos casos, o cliente não sabe que está participando

de fraude, diz Cassio Ide Alves, superintendente médico da Abrange e autor do texto. Ele diz que há 24 anos: — Muitas fraudes têm aspecto de legalidade ou de oferta de serviço, de conveniência. A advogada Laura Mendes Demarelli, ex-beneficiária da Notre Dame, só soube que o hospital BR Surgery, em São Paulo, onde fez uma cirurgia de desvio de septo, em 2020, não era da rede do convênio ao ler o inquérito em que consta com testemunha de suposta

fraude, diz Cassio Ide Alves, superintendente médico da Abrange e autor do texto. Ele diz que há 24 anos: — Muitas fraudes têm aspecto de legalidade ou de oferta de serviço, de conveniência. A advogada Laura Mendes Demarelli, ex-beneficiária da Notre Dame, só soube que o hospital BR Surgery, em São Paulo, onde fez uma cirurgia de desvio de septo, em 2020, não era da rede do convênio ao ler o inquérito em que consta com testemunha de suposta

fraude, diz Cassio Ide Alves, superintendente médico da Abrange e autor do texto. Ele diz que há 24 anos: — Muitas fraudes têm aspecto de legalidade ou de oferta de serviço, de conveniência. A advogada Laura Mendes Demarelli, ex-beneficiária da Notre Dame, só soube que o hospital BR Surgery, em São Paulo, onde fez uma cirurgia de desvio de septo, em 2020, não era da rede do convênio ao ler o inquérito em que consta com testemunha de suposta

fraude, diz Cassio Ide Alves, superintendente médico da Abrange e autor do texto. Ele diz que há 24 anos: — Muitas fraudes têm aspecto de legalidade ou de oferta de serviço, de conveniência. A advogada Laura Mendes Demarelli, ex-beneficiária da Notre Dame, só soube que o hospital BR Surgery, em São Paulo, onde fez uma cirurgia de desvio de septo, em 2020, não era da rede do convênio ao ler o inquérito em que consta com testemunha de suposta

REEMBOLSO ASSISTIDO

Reembolso assistido é uma prática fraudulenta em que o beneficiário do plano de saúde fornece seus dados pessoais e de acesso ao plano para que terceiros realizem procedimentos médicos sem a sua autorização. Isso pode ocorrer de várias formas, como a criação de contas falsas em nome do beneficiário ou a utilização de seus dados para acessar sistemas de saúde de terceiros.

Essa prática é considerada uma fraude porque envolve o uso indevido de informações pessoais e de acesso ao plano de saúde. Além disso, pode causar danos financeiros e emocionais ao beneficiário. É importante que os planos de saúde adotem medidas de segurança para evitar esse tipo de fraude.

Fraudadores usam ANS para pressionar planos

Operadores dizem que infratores usam o sistema de registro do queixas de beneficiários da agência reguladora do setor para forçar o pagamento de reembolsos por serviços médicos falsos e investem em cruzamento de dados

Operadores de planos de saúde dizem que infratores usam o sistema de registro do queixas de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para pressionar os planos a pagar por serviços médicos falsos e investem em cruzamento de dados para identificar fraudes. Segundo a associação Abrange, os fraudadores usam o sistema de queixas para obter informações sobre os procedimentos realizados e os valores cobrados, além de identificar os nomes dos médicos envolvidos. Isso permite que eles façam cobranças indevidas e pressionem os planos a pagar por serviços que nunca foram realizados.

Operadores de planos de saúde dizem que infratores usam o sistema de registro do queixas de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para pressionar os planos a pagar por serviços médicos falsos e investem em cruzamento de dados para identificar fraudes. Segundo a associação Abrange, os fraudadores usam o sistema de queixas para obter informações sobre os procedimentos realizados e os valores cobrados, além de identificar os nomes dos médicos envolvidos. Isso permite que eles façam cobranças indevidas e pressionem os planos a pagar por serviços que nunca foram realizados.

Operadores de planos de saúde dizem que infratores usam o sistema de registro do queixas de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para pressionar os planos a pagar por serviços médicos falsos e investem em cruzamento de dados para identificar fraudes. Segundo a associação Abrange, os fraudadores usam o sistema de queixas para obter informações sobre os procedimentos realizados e os valores cobrados, além de identificar os nomes dos médicos envolvidos. Isso permite que eles façam cobranças indevidas e pressionem os planos a pagar por serviços que nunca foram realizados.

Operadores de planos de saúde dizem que infratores usam o sistema de registro do queixas de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para pressionar os planos a pagar por serviços médicos falsos e investem em cruzamento de dados para identificar fraudes. Segundo a associação Abrange, os fraudadores usam o sistema de queixas para obter informações sobre os procedimentos realizados e os valores cobrados, além de identificar os nomes dos médicos envolvidos. Isso permite que eles façam cobranças indevidas e pressionem os planos a pagar por serviços que nunca foram realizados.

Operadores de planos de saúde dizem que infratores usam o sistema de registro do queixas de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para pressionar os planos a pagar por serviços médicos falsos e investem em cruzamento de dados para identificar fraudes. Segundo a associação Abrange, os fraudadores usam o sistema de queixas para obter informações sobre os procedimentos realizados e os valores cobrados, além de identificar os nomes dos médicos envolvidos. Isso permite que eles façam cobranças indevidas e pressionem os planos a pagar por serviços que nunca foram realizados.

fraude. Ela diz ter sido direcionada ao hospital por sua médica, informada de que os custos seriam arcados com o plano: — No ano passado, o hospital me mandou uma mensagem cobrando pelo procedimento e ignora, pois essa conta não era minha. Depois me surpreendi com uma ligação da operadora sobre uma reclamação que eu teria feito à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Não estava sabendo de nada. É importante saber o que houve. Se o plano precisar posso testemunhar, também me sinto vítima. A Notre Dame informou que o inquérito inicial contra o BR Surgery foi arquivado, mas que representará a notícia-crime. O GLOBO procurou o hospital por e-mail e telefone, mas não obteve resposta.

RESSARCIMENTO NA JUSTIÇA

Outro inquérito aberto envolve a clínica de reabilitação neurológica Children's Therapies, em Moema, na capital paulista. No documento de instauração, o delegado Antonio Rodrigues da Silva relata prejuízos de até R\$ 5 milhões à Amil. Em fevereiro deste ano, a responsável por um paciente infantil com deficiência visual informou a operadora que a clínica ofereceu pagar a mensalidade do plano, de R\$ 300, em troca de um processo contra a operadora para obrigá-la a custear o tratamento da criança naquele estabelecimento. As autoridades, a Amil disse que os pedidos são sempre de valores muito acima da média da rede credenciada. Há 20 beneficiários da Amil na clínica, dos quais 19 pediram reembolso na Justiça. Em depoimento, a responsável que deu origem à investigação mudou sua versão. Disse ter se confundido e que, na verdade, o plano do menor é pago por um pastor evangélico, que confirmou a versão à polícia. Ao GLOBO, Homero Martins Júnior, sócio da Children's, negou pagamento de mensalidades ou indicação de advogado para processar a Amil. Também negou conhecer o pastor: — Respostas sobre essas acusações estão na delegacia. Para não pagar o que deve a clínica, a Amil não respondeu e-mails nossos por um ano. Mães de crianças fizeram queixa no MP contra a operadora. A Amil afirmou que colabora com o inquérito e aguarda seu fim para se manifestar.

81%

É o aumento do valor pago pelos planos em reembolsos entre 2019 e 2022. No mesmo período, a despesa total das operadoras subiu 19,5%.

Consumidor e laboratórios têm dificuldade no ressarcimento

Operadores as ampliam exigências, o que gera atrasos e prejuízos e resgates

Operadores de planos de saúde estão aumentando as exigências para o ressarcimento de procedimentos médicos, o que gera atrasos e prejuízos para os consumidores e laboratórios. Segundo a Associação Brasileira de Laboratórios Analíticos (Abrelab), os laboratórios estão sendo cobrados por valores cada vez mais altos e por procedimentos que não são cobertos pelos planos de saúde. Além disso, os operadores estão exigindo mais documentação e informações para liberar o pagamento dos reembolsos.

Operadores de planos de saúde estão aumentando as exigências para o ressarcimento de procedimentos médicos, o que gera atrasos e prejuízos para os consumidores e laboratórios. Segundo a Associação Brasileira de Laboratórios Analíticos (Abrelab), os laboratórios estão sendo cobrados por valores cada vez mais altos e por procedimentos que não são cobertos pelos planos de saúde. Além disso, os operadores estão exigindo mais documentação e informações para liberar o pagamento dos reembolsos.

Operadores de planos de saúde estão aumentando as exigências para o ressarcimento de procedimentos médicos, o que gera atrasos e prejuízos para os consumidores e laboratórios. Segundo a Associação Brasileira de Laboratórios Analíticos (Abrelab), os laboratórios estão sendo cobrados por valores cada vez mais altos e por procedimentos que não são cobertos pelos planos de saúde. Além disso, os operadores estão exigindo mais documentação e informações para liberar o pagamento dos reembolsos.

Operadores de planos de saúde estão aumentando as exigências para o ressarcimento de procedimentos médicos, o que gera atrasos e prejuízos para os consumidores e laboratórios. Segundo a Associação Brasileira de Laboratórios Analíticos (Abrelab), os laboratórios estão sendo cobrados por valores cada vez mais altos e por procedimentos que não são cobertos pelos planos de saúde. Além disso, os operadores estão exigindo mais documentação e informações para liberar o pagamento dos reembolsos.

Operadores de planos de saúde estão aumentando as exigências para o ressarcimento de procedimentos médicos, o que gera atrasos e prejuízos para os consumidores e laboratórios. Segundo a Associação Brasileira de Laboratórios Analíticos (Abrelab), os laboratórios estão sendo cobrados por valores cada vez mais altos e por procedimentos que não são cobertos pelos planos de saúde. Além disso, os operadores estão exigindo mais documentação e informações para liberar o pagamento dos reembolsos.

Operadores de planos de saúde estão aumentando as exigências para o ressarcimento de procedimentos médicos, o que gera atrasos e prejuízos para os consumidores e laboratórios. Segundo a Associação Brasileira de Laboratórios Analíticos (Abrelab), os laboratórios estão sendo cobrados por valores cada vez mais altos e por procedimentos que não são cobertos pelos planos de saúde. Além disso, os operadores estão exigindo mais documentação e informações para liberar o pagamento dos reembolsos.

SABIA MAIS SOBRE AS FRAUDES

Reembolso assistido é uma prática fraudulenta em que o beneficiário do plano de saúde fornece seus dados pessoais e de acesso ao plano para que terceiros realizem procedimentos médicos sem a sua autorização. Isso pode ocorrer de várias formas, como a criação de contas falsas em nome do beneficiário ou a utilização de seus dados para acessar sistemas de saúde de terceiros.

Reembolso assistido é uma prática fraudulenta em que o beneficiário do plano de saúde fornece seus dados pessoais e de acesso ao plano para que terceiros realizem procedimentos médicos sem a sua autorização. Isso pode ocorrer de várias formas, como a criação de contas falsas em nome do beneficiário ou a utilização de seus dados para acessar sistemas de saúde de terceiros.

Reembolso assistido é uma prática fraudulenta em que o beneficiário do plano de saúde fornece seus dados pessoais e de acesso ao plano para que terceiros realizem procedimentos médicos sem a sua autorização. Isso pode ocorrer de várias formas, como a criação de contas falsas em nome do beneficiário ou a utilização de seus dados para acessar sistemas de saúde de terceiros.

Reembolso assistido é uma prática fraudulenta em que o beneficiário do plano de saúde fornece seus dados pessoais e de acesso ao plano para que terceiros realizem procedimentos médicos sem a sua autorização. Isso pode ocorrer de várias formas, como a criação de contas falsas em nome do beneficiário ou a utilização de seus dados para acessar sistemas de saúde de terceiros.

Reembolso assistido é uma prática fraudulenta em que o beneficiário do plano de saúde fornece seus dados pessoais e de acesso ao plano para que terceiros realizem procedimentos médicos sem a sua autorização. Isso pode ocorrer de várias formas, como a criação de contas falsas em nome do beneficiário ou a utilização de seus dados para acessar sistemas de saúde de terceiros.

Reembolso assistido é uma prática fraudulenta em que o beneficiário do plano de saúde fornece seus dados pessoais e de acesso ao plano para que terceiros realizem procedimentos médicos sem a sua autorização. Isso pode ocorrer de várias formas, como a criação de contas falsas em nome do beneficiário ou a utilização de seus dados para acessar sistemas de saúde de terceiros.

**Veículo:** Impresso -> Jornal -> Jornal O Globo - Rio de Janeiro/RJ

**Seção:** Economia **Página:** 15 e 16