



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## PARECER CREMEB Nº 16/19

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/12/2019)

### PROCESSO CONSULTA Nº 000.002/2019

**ASSUNTO:** Procedimento cirúrgico: hieniorrafia umbilical associada à colecistectomia vídeolaparoscópica – coexistência da doença – honorários.

**RELATOR:** Cons. Carlos Andrade de Almeida

**EMENTA:** Não pode a operadora de saúde, através da sua auditoria, glosar procedimento previamente autorizado e realizado.

### DA CONSULTA

O expediente versa sobre consulta formulada por um Diretor de Cooperativa do Estado da Bahia, sediada em Salvador, com o seguinte teor:

*Desde fevereiro de 2017, a cooperativa é credenciada junto à Plano de Saúde. Nos últimos tempos, no entanto, a seguradora, reiteradamente, vem glosando as cirurgias de Hieniorrafia umbilical sempre que estas são associadas à Colecistectomia Vídeolaparoscópica. O Plano de Saúde entende que a correção da hérnia está inclusa no procedimento da colecistectomia, e que há exagero, por parte dos cirurgiões, na realização dessa cirurgia. No entanto, sabemos que, em alguns casos as doenças coexistem.*

*Tendo em vista que os procedimentos são previamente autorizados pelo Plano de Saúde, e efetivamente prestados pelos cooperados, gostaríamos de obter um parecer sobre: 1)A impossibilidade ética do não tratamento em caso de identificação no intraoperatório da colecistectomia. 2)O compromisso ético de manutenção da integridade dos honorários, sem descontos ou retenções, após a devida autorização pelo plano. 3)A possibilidade de infração ética por parte do auditor médico no caso de mudanças no procedimento indicado pelo médico assistente.*

### DA FUNDAMENTAÇÃO

O tratamento médico que é realizado em pacientes, poderá ser em caráter privado, ou através de operadoras de plano de saúde. Nesse caso, a operadora de plano de saúde, denominada **contratante**, realiza contrato para prestação de serviço médico, através pessoa física ou jurídica, parte essa denominada **contratada**, que são responsáveis pela prestação dos serviços especializados ao paciente.

A relação **contratante/contratada**, é regida por normas que estão acima da relação contratual, destacando-se aí a [Resolução do CFM Nº 1401/1993](#), em seus artigos 1º e 2º que disciplinam:

Art.1º - “As empresas de seguro-saúde, empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas de Trabalho Médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza”.

Art.2º - “Os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constantes no artigo 1º são:

- a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente
- b) justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico
- c) ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêutico pelo médico, sempre em benefício do paciente
- d) inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratoriais e demais serviços complementares pelo paciente e o médico



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Cabe ao Diretor Técnico da operadora a garantia dos preceitos éticos aqui elencados, conforme reafirma o artigo 6º:

Art.6º - “O descumprimento da presente Resolução fará com que os Diretores Técnicos sejam enquadrados nos termos do Código de Ética Médica, e as empresas respectivas fiquem sujeitas ao cancelamento de seus registros no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, sendo o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e demais autoridade competentes”.

Outra fonte de consulta diz respeito à forma de atuação dos médicos auditores vinculados ao plano de saúde ou entidade afim. Para estas situações, CFM apresenta legislação específica, definida através da [Resolução nº 1.614/2001](#). Em seu texto, esta Resolução embasa-se na necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde e considera também, que o médico investido na função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica.

Vejamos o que a norma determina:

Art.3º - “Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina”.

Art.8º - “É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente”.

Art.9º - “O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações”.

Art.12 - “É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários”.

A relação contratual firmada entre **Contratante/Contratada**, deve seguir as condições acima explicitada, e uma vez liberado o procedimento, fica claro que a operadora do plano de saúde, concorda e autoriza a sua realização, e como tal deverá assumir o seu custo, pagando ao contratado, pela sua realização. Está também previsto no Código Civil, que o seu não cumprimento, está sujeito a sanções em esferas judiciais.

## DO PARECER CONCLUSIVO

Pelo exposto, e respondendo a consulta, o procedimento solicitado e previamente liberado pela seguradora do plano de saúde, deve ser remunerado, conforme as normas da operadora, e cabe ao Diretor Técnico o cumprimento das normas de auditoria para evitar as glosas à margem contratual e da legislação.

Não há possibilidade ética do não tratamento em caso de identificação no intraoperatório da colecistectomia, porém, nesses casos, a sua correção deverá ser feita. A seguradora do plano de saúde, poderá não arcar com o custo dos honorários médicos, porque não foi diagnosticado nem solicitado autorização no pré operatório, e por isso não autorizado previamente.

É o parecer, SMJ.

Salvador, 6 de dezembro de 2019.

**Cons. Carlos Andrade de Almeida**  
Parecerista