

Processo nº: 0071073-05.2015.8.19.0001

Tipo do Movimento: Sentença

Descrição: I - Do Relatório. O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro propôs a presente Ação Civil Pública Consumerista, com pedido de liminar, em face de Geap Autogestão em Saúde, alegando que o réu rescindiu o contrato de prestação de serviços de assistência à saúde de seus segurados, com Instituto Cirúrgico Gabriel Lucena (Hospital Ipanema Plus). Narra que a referida instituição não observou as normas da ANS antes de tomar tal providência, requerendo a sua condenação para que seja reintegrado o Hospital Ipanema Plus no rol dos credenciados ou a inclusão de entidade hospitalar equivalente, bem como indenize os danos materiais e morais de que tenha padecido o consumidor, e, ainda, a título de dano moral coletivo, a condenação em R\$2.000.000,00. Com a inicial vieram os documentos juntados por linha, em cumprimento à determinação do id. 22. Decisão contida no id. 25 que deferiu o pedido liminar. Contestação apresentada conforme id. 48, acompanhada de documentos, alegando a parte ré que não é aplicável o CDC no presente caso por ser uma operadora de saúde na modalidade de autogestão multipatrocinada e a inexistência de dano moral coletivo. Por fim requer a improcedência do pedido. Réplica no id. 187. Em provas, a parte ré se manifestou conforme id. 210, e o autor segundo o id. 231, pugnando pelo indeferimento das provas requeridas pela ré, julgando-se antecipadamente a lide. Petição do Instituto Gabriel Lucena (Hospital Ipanema Plus) no id. 254, requerendo sua admissão como amicus curiae, diante do seu interesse em retornar à rede credenciada da ré. Pela ré foi requerida a suspensão do processo por 30 dias, para composição amigável, diante do referido pedido de ingresso no feito (id. 258). O autor, no id. 260, não se opõe ao ingresso do Instituto Cirúrgico Gabriel de Lucena Ltda. (Ipanema Plus) no processo como assistente, requer o indeferimento do pedido de suspensão do processo e a execução provisória da multa por descumprimento da decisão liminar. Despacho contido no id. 269, intimando-se a ré e o interveniente para que se manifestem sobre os pareceres do Ministério Público de fls. 211/213, acompanhado dos documentos de fls. 214/327, e 331/336. Em cumprimento à referida determinação, a ré se manifestou conforme id. 271, requerendo o reconhecimento da ausência de violação do art. 17 da lei 9.656/98 e a exclusão de qualquer penalidade. O autor no id. 284, reitera o requerimento de pagamento da multa pelo descumprimento da decisão liminar ou que seja deferida a penhora online, pugnando pelo julgamento antecipado da lide. Nos despachos contidos nos ids. 292 e 295, foi determinada a adequação do cumprimento provisória da multa, com o desentranhamento para que tramite apensado ao processo principal, sob o nº 0179442-54.2019.8.19.0001. À fl. 302, foi reiterada a determinação de intimação do interveniente, sob pena de indeferimento de sua admissão nos autos como AMICUS CURIAE, respondendo a ordem à fl. 339. Pelas partes foi requerido às fls. 362 e 370 o julgamento antecipado da lide. É o relatório. Passo a decidir. II - Da Fundamentação O feito comporta julgamento antecipado, nos termos do artigo 330, I, do Código de Processo Civil, não havendo necessidade de dilação probatória. Primeiramente, inexistindo oposição das partes, defiro a inclusão do Instituto Gabriel Lucena (Hospital Ipanema Plus) como AMICUS CURIAE, Sobre a legitimidade ativa do Ministério Público para os interesses difusos decorre de texto expresso da Constituição da República, qual seja, artigo art. 129, III. Do mesmo modo, resta evidente o interesse do Parquet na demanda, ao buscar a proteção de interesses transindividuais, devendo ser acrescentado que o direito da proteção ao consumidor possui previsão constitucional no artigo 5º, inciso XXXII, bem como no princípio da ordem econômica, na forma do artigo 170, inciso V, da CF/1988, complementado pelo art. 48 do ADCT, previsões que possuem densificação por meio do Código de Defesa do Consumidor, sobretudo no art. 6º do diploma protetivo. A CF/88 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, razão pela qual as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Há expressa autorização constitucional para que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, sem descurar, entretanto, que as instituições privadas participem de forma complementar do sistema único de saúde, este de caráter universal e igualitário. A partir desta base, as normas infraconstitucionais afetas à saúde complementar foram progressivamente tomando espaço no ordenamento jurídico brasileiro pós CRFB/88, especialmente na disciplina dos contratos de assistência privada à saúde. A Lei 9.656/98 em seu art. 1º, II, diz que é operadora de plano de saúde a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o plano de saúde. Plano privado de assistência à saúde, por sua vez, é definido pelo art. 1º, I, da referida lei, como prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. Nesse contexto, as operadoras de planos de saúde podem ser constituídas de diversas formas, inclusive assumindo a peculiar condição de entidade de autogestão, desde que sua operação esteja ligada ao produto, serviço ou contrato de que trata o plano de saúde. Porém, os planos de saúde de autogestão não permitem enquadramento no conceito de fornecedor de serviço por não possuir fins lucrativos; não ser exigível que ofereça plano-referência (art. 10, §3º, da lei 9.656/98); por não disponibilizar o produto no mercado de consumo para qualquer pessoa; por haver solidariedade na administração da carteira, com interferência direta das coberturas; e restrições contratuais. Nessa toada, não se aplica o CDC aos contratos de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por não existir relação de consumo. Sobre a matéria destaca-se o Resp 1285483/PB: RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. 1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários. 2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro. 3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo. 4. Recurso especial não provido. (Resp 1285483 / PB - RECURSO ESPECIAL 2011/0239595-2, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO - Órgão Julgador S2 - SEGUNDA SEÇÃO - Data do Julgamento 22/06/2016 - Data da Publicação/Fonte DJe 16/08/2016 - RSSTJ vol. 47 p. 125). Do mesmo modo, a Súmula 608 do STJ, pacificando 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.' (SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018) A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Medida Provisória 2.012-2/99, convertida na Lei 9.961/00, com a finalidade de ser a instituição competente para promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras

setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. No exercício de suas competências legais, a ANS por meio da Resolução Normativa 137/06, com redação dada pela RN 355/14, definiu como operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão: I - 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 exclusivamente aos seguintes beneficiários [...] II - a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários [...] III - a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários [...] Complementando o acima exposto: I - instituidor: a pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins econômicos, que cria a entidade de autogestão; II - mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos referidos no caput do art. 5º mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão; e III - patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração. Os planos privados de assistência à saúde disponibilizados para um público específico por meio de entidades de autogestão ou por outras operadoras ao mercado de consumo em geral devem observar as diretrizes da saúde suplementar. A Lei 9.656/98 disciplina os planos privados de assistência à saúde e por expressa disposição legal (art. 1º, caput) não submete ao seu regime tão somente as pessoas jurídicas de direito público. As entidades de autogestão, por serem pessoas jurídicas de direito privado, estão abrangidas pela Lei, ainda que instituídas, mantidas ou patrocinadas por entidade pública. Assim, a legislação aplicável ao caso concreto é a Lei nº 9.656/98. Nas hipóteses de descredenciamento de clínica, hospital ou profissional anteriormente autorizados, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a manter uma rede de estabelecimentos conveniados compatível com os serviços contratados e apta a oferecer tratamento equivalente àquele encontrado no estabelecimento de saúde que foi descredenciado, segundo o art. 17, § 1º, da Lei 9.656/98. O descredenciamento de estabelecimento de saúde, efetuado sem a observância dos requisitos legalmente previstos, configura prática abusiva e atenta contra o princípio da boa-fé objetiva que deve guiar a elaboração e a execução de todos os contratos. O usuário do plano não é obrigado a tolerar a diminuição da qualidade dos serviços contratados e não deve ver frustrada sua legítima expectativa de poder contar, em caso de necessidade, com os serviços colocados à sua disposição no momento da celebração do contrato de assistência médica. A substituição de entidade hospitalar da rede credenciada de plano de saúde deve observar: 1. a notificação dos consumidores com antecedência mínima de trinta dias; 2. a contratação de novo prestador de serviço de saúde equivalente ao descredenciado; e 3. a comunicação à Agência Nacional de Saúde (art. 17, §1º, da Lei 9.656/98). As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (art. 29 da LPS). Se ficar constatada violação ao disposto da lei, a ANS pode aplicar multa com valor não inferior a R\$5.000,00 e não superior a R\$1.000.000,00, de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no §6º do art. 19. Deste modo, não há que se falar em condenação da ré em danos morais e materiais, uma vez que deve ser apurada a irregularidade pela ANS, conforme dispões o art. 29 da lei 9.656/98. III - Do Dispositivo Ante o exposto, nos termos do art. 487, I do CPC, julgo procedentes os pedidos, para: a) Confirmar a liminar do id. 25, tornando-a definitiva. b) Condenar a ré a reintegrar o Hospital Ipanema Plus ao seu rol dos credenciados, no prazo de até 10 dias úteis, a ser comprovado nos autos, sob pena de multa de R\$ 100.000,00 pelo descumprimento desta determinação. Julgo improcedentes os pedidos indenizatórios, com fulcro no art. 29 da Lei 9.656/98 e determino que se oficie a ANS sobre a irregularidade na conduta da ré referente a tentativa de descredenciamento do Hospital Ipanema Plus. Sem honorários e sem custas nos termos do art. 18 da lei 7.347/85.