



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

**EXMA. SRA. DRA. JUÍZA DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRA MANSA – RJ**

Distribuir por dependência ao processo nº 0013822-35.2020.8.19.0007

Em trâmite perante a 1ª Vara Cível da Comarca de Barra Mansa/RJ

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, apresentado pela Promotora de Justiça que ao final subscreve, em exercício na 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva – Núcleo Volta Redonda, vem, respeitosamente perante Vossa Excelência, e com fulcro nas Leis 7.347/85, 8.078/90 e 8.625/93, *ajuizar* a presente

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA**

**com pedido de tutela de urgência antecipatória**

face de **ASSOCIAÇÃO PLAME DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº 19.512.026/0001-47, estabelecida na Rua Pinto Ribeiro, 205, Centro, Barra Mansa, CEP 27310-420 (e, a partir de 01.03.2021, na Rua São Sebastião, nº 32, Centro, Barra Mansa) e **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 28.683.712/0001-71, estabelecida na Rua Pinto Ribeiro, 205, Centro, Barra Mansa, CEP 27310-420, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir aduzidos.:



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

**A – DA DISTRIBUIÇÃO POR DEPENDÊNCIA**

Inicialmente, o Ministério Público destaca que tramita perante esse juízo o processo nº 0013822-35.2020.8.19.0007, no qual atua como fiscal da ordem jurídica, em especial por conta dos reflexos da demanda no direito de um número expressivos de consumidores de plano de saúde.

Consultando os autos do referido processo eletrônico, verifica-se nítida conexão entre as duas demandas, motivo pelo qual requer a distribuição da presente ação civil pública por dependência, nos termos do artigo 286, inciso III e do artigo 55, §3º do Código de Processo Civil.

Isso porque, a presente ação civil pública, como se verá a seguir, visa impedir a interrupção do atendimento dos beneficiários da 1ª Ré pela 2ª Ré de forma abrupta e repentina, bem como que as Rés se abstenham de modificar o atendimento dos beneficiários dos planos de saúde até que a ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar aprove a mudança do prestador de serviço e avalie a equivalência entre a nova rede credenciada e a antiga.

Nesse sentido, o processo nº 0013822-35.2020.8.19.0007 discute a validade ou não da renúncia unilateral feita pela 2ª Ré ao contrato celebrado com a 1ª Ré, o que ensejaria o fim da prestação de serviços médico-hospitalares pela 2ª Ré aos beneficiários da 1ª Ré em 30 (trinta) dias (prazo esse prorrogado por acordo entre as partes até o dia 28.02.2021), sendo certo que eventual decisão naqueles autos poderá conflitar com eventual liminar (e decisão final) proferida na presente ação civil pública.

**B – DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

O Ministério Público *“é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”* (art. 127, caput da Constituição Federal de 1988).



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

Nos termos do art. 129, inciso III da Constituição Federal são funções institucionais do Ministério Público promover a Ação Civil Pública e o Inquérito Civil que tenha por objetivo a proteção de interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos, sendo estes últimos referenciados de maneira expressa nos artigos 81, inciso III e 82, inciso I, ambos do Código de Defesa do Consumidor.

Conforme previsto na Lei 7.347/1985, a ação civil pública é o instrumento processual adequado, posto à disposição do *Parquet*, para responsabilizar pessoas físicas ou jurídicas em razão da prática de atos que violem qualquer interesse difuso ou coletivo, bem como o patrimônio público e social. Por sua vez, o artigo 83 da Lei 8.078/1990, que integra o microsistema processual coletivo, preconiza que para a defesa dos direitos e interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos “*são admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela*”.

Os elementos colhidos dos autos do processo nº 0013822-35.2020.8.19.0000 e documentos obtidos junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, anexados a esta ação civil pública, demonstram que os direitos dos consumidores da 1ª Ré, que originariamente contrataram com 2ª Ré, estão sendo desrespeitados e merecem proteção pelo Poder Judiciário.

Desta forma, visando garantir o respeito aos direitos dos consumidores dos serviços prestados originariamente pela 2ª Ré e, atualmente, pela 1ª Ré (após a alienação da carteira no ano de 2017), a presente Ação Civil Pública se justifica.

Assim, com base no artigo 3º da Lei 7.347/1985 e no artigo 83 da Lei 8.078/1990, a presente ação civil pública busca a manutenção do atendimento dos beneficiários da 1ª Ré pela 2ª Ré até que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar aprove a substituição do prestador da 1ª Ré e analise a equivalência da nova rede com a antiga, nos termos do artigo 17 da Lei nº 9.656/98.

**C – DA LEGITIMIDADE PASSIVA DAS RÉS**



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

A presente demanda tem como objetivo impedir a interrupção do atendimento dos beneficiários da 1ª Ré pela 2ª Ré de forma abrupta e repentina, bem como que as Rés se abstenham de modificar a rede de atendimento dos beneficiários até que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar aprove a mudança do prestador de serviço credenciado pela 1ª Ré e avalie a equivalência das redes credenciadas (a nova e a antiga).

Conforme será demonstrado no tópico abaixo (“Dos Fatos”), a responsabilidade pela manutenção do atendimento aos beneficiários dos planos de saúde inicialmente comercializados pela 2ª Ré e, atualmente, administrados pela 1ª Ré, é solidária, seja em razão da boa-fé que deve nortear as relações consumeristas, seja em razão da incidência da teoria da aparência. Sobre o tema, vale destacar o entendimento do E. Superior Tribunal de Justiça em processos envolvendo outros planos de saúde:

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. **LEGITIMIDADE PASSIVA. SISTEMA UNIMED. BOA-FÉ OBJETIVA. TEORIA DA APARÊNCIA.** DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 08/03/2014, de que foi extraído o presente recurso especial, interposto em 15/02/2016 e concluso ao Gabinete em 25/11/2016. Julgamento pelo CPC/73.
2. O propósito recursal é decidir sobre a legitimidade passiva da recorrida.
3. A integração do Sistema Unimed é evidenciada pelo uso do mesmo nome - "Unimed" - e por um logotipo comum, de maneira a dificultar a fixação das responsabilidades e a área de atuação ou abrangência de cobertura de cada uma das unidades, singularmente considerada.
4. Por isso, é grande a possibilidade de confusão do consumidor no momento da contratação dos planos de saúde oferecidos pelas cooperativas que compõem o Sistema Unimed.



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

5. **A conduta da Unimed, de, no momento da contratação do plano de saúde, convencer de que se trata de um sistema único de cooperativas com atuação em todo o território nacional, e depois alegar a independência das unidades cooperativadas e a distinção de personalidade jurídica para eximir-se de eventual responsabilidade, frustra a confiança depositada pelo consumidor no negócio jurídico celebrado.**

6. À luz da teoria da aparência, é reconhecida a legitimidade passiva da recorrida.

7. Em virtude do exame do mérito, por meio do qual foi analisada a tese sustentada pela recorrente, fica prejudicada a análise da alegada divergência jurisprudencial.

8. Recurso especial provido.

(REsp 1627881/TO, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 12/09/2017, DJe 15/09/2017)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. DECISÃO DE ADMISSIBILIDADE DO APELO NOBRE. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. FUNDAMENTOS IMPUGNADOS. DECISÃO AGRAVADA RECONSIDERADA. NOVO EXAME DO RECURSO. **PLANO DE SAÚDE. LEGITIMIDADE PASSIVA. SISTEMA UNIMED. TEORIA DA APARÊNCIA.** SOLIDARIEDADE ENTRE AS COOPERATIVAS. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. NEGATIVA DE COBERTURA. ÍNDOLE ABUSIVA. DANO MORAL. CONFIGURADO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. RAZÕES RECURSAIS DISSOCIADAS DOS FUNDAMENTOS DO JULGADO ATACADO. APLICAÇÃO DAS SÚMULAS 283 E 284 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. AGRAVO INTERNO PROVIDO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

1. Em face da impugnação dos fundamentos da decisão que negou seguimento ao recurso especial, o agravo interno merece provimento.



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

2. A jurisprudência desta Corte Superior é assente em reconhecer a legitimidade das unidades cooperativas ligadas à UNIMED, por aplicação da teoria da aparência (AgInt nos EDcl no AgInt no AREsp 833.153/MS, Rel. Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 06/11/2018, DJe de 13/11/2018).

3. O entendimento adotado pelo acórdão recorrido coincide com a jurisprudência assente desta Corte Superior, circunstância que atrai a incidência da Súmula 83/STJ.

4. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento do segurado, causando abalo emocional no segurado, como ocorrido no presente caso, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento. Precedentes.

5. No caso, o valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais, no montante fixado em R\$ 8.000,00 (oito mil reais), não se mostra exorbitante nem desproporcional aos danos suportados pela parte recorrida, que se encontrava em grave situação de saúde e, quando mais precisou da assistência médica, se deparou com a injustificada negativa de cobertura, pela operadora do plano de saúde, conforme expressamente reconhecido pelas instâncias ordinárias.

6. A ausência de impugnação, nas razões do recurso especial, de fundamento autônomo e suficiente à manutenção do acórdão estadual atrai, por analogia, o óbice da Súmula 283 do STF.

7. É inadmissível o inconformismo por deficiência na fundamentação quando as razões do recurso estão dissociadas do decidido no acórdão recorrido. Aplicação da Súmula 284 do Supremo Tribunal Federal.

8. Agravo interno provido para reconsiderar a decisão ora agravada e, em novo julgamento, conhecer do agravo para negar provimento ao recurso especial.



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

(AgInt no AREsp 1715038/PR, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA,  
julgado em 07/12/2020, DJe 01/02/2021)

**D – DOS FATOS**

Para a compreensão da presente demanda, faz-se necessário traçar o histórico de vendas dos planos de saúde para os atuais beneficiários, bem como de que maneira se chegou à alienação da carteira da 2ª Ré à Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa, posteriormente transformada na 1ª (ASSOCIAÇÃO PLAME DE SAÚDE).

Há décadas a 2ª Ré atuava como prestadora de serviços de saúde e também como operadora de planos de saúde, registrada na ANS sob o nº 33.821-4, sendo certo que os valores cobrados dos beneficiários sempre foram módicos e limitados ao estritamente necessário para complementação do caixa da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, no que diz respeito aos seus fins filantrópicos e assistenciais. Sobre esse aspecto, vale salientar a narrativa contida na inicial do processo nº 0013822-35.2020.8.19.0007 (ao qual se distribuiu a presente ação civil pública por dependência – doc. 01) e o teor da ata da assembleia da 2ª Ré (doc. 02), realizada no dia 12 de novembro de 2020, em que integrantes da Provedoria da Santa Casa esclareceram que, até a alienação da carteira dos planos da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa à Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa, havia um único caixa (plano e hospital).

Referido histórico revela-se importante para demonstrar a umbilical relação entre a 2ª Ré e os planos de saúde atualmente comercializados e administrados pela 1ª Ré, posto que se tratava de um produto conhecido pelo nome fantasia PLAMESC (Plano de Saúde da Santa Casa de Barra Mansa), assim exteriorizado para a massa dos consumidores (doc. 03), que viam na centenária instituição de saúde (SANTA CASA) a garantia na continuidade de seu atendimento, especialmente por se tratar de contrato de prestação continuada.

Diante das alterações legislativas trazidas pela Lei nº 9.656/98, verificou-se a impossibilidade da 2ª Ré prosseguir como prestadora do serviço e como operadora do plano de saúde,



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

motivo pelo qual, em **05 de julho de 2013**, os mesmos integrantes da administração da 2ª Ré fundaram a Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa (doc. 4), pessoa jurídica de direito privado, fundada com objetivo específico de prestar serviços de assistência à saúde, inclusive através da comercialização de planos de saúde, *“de forma complementar aos serviços prestados pela Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa”* (vide artigo 2º, inciso II do seu Estatuto).

A análise do estatuto da Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa permite identificar que a separação foi realizada apenas para atender à novel legislação, posto que a Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa foi constituída com o mesmo quadro diretivo da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (artigo 5º do seu Estatuto) e que parte de seus recursos seriam originários de repasses pela 2ª Ré (artigo 9, inciso II do Estatuto).

Diante disso, **em 12.06.2017, a 2ª Ré alienou a sua carteira de clientes (cerca de 1.148 beneficiários à época) à recém-criada Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa** (doc. 5), registrada na ANS sob nº 41.997-4. O referido contrato previa expressamente na cláusula segunda que a Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa foi criada com a finalidade de *“atuar como operadora de planos privados de assistência à saúde e assumir a carteira da ALIENANTE”* (no caso, a 2ª Ré), *“por força do art. 34, da Lei nº 9.656/98, e do Processo Administrativo nº 33902094690/2011-14”*. Por outro lado, a cláusula terceira não deixa dúvidas de que a alienação ocorreu apenas em razão da impossibilidade de a 2ª Ré continuar a operar planos de saúde, nos termos do artigo 34 da Lei 9.656/98.

Nesse ponto, **não há dúvidas de que os consumidores (especialmente os mais antigos, que correspondem à metade da atual carteira de beneficiários dos produtos administrados pela 1ª Ré) contrataram a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA e sempre foram atendidos, exclusivamente, no referido estabelecimento de saúde**, de modo que as formalidades relacionadas à alienação da carteira e, posteriormente, da transformação da Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa na Associação Plame de Saúde ocorreram sem que os beneficiários dos planos de saúde tivessem o real alcance dos reflexos que tais “mudanças” ocasionariam na rede credenciada do plano de saúde ( até porque de 2017 a 2020 a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA continuou a prestar, com exclusividade, atendimento aos consumidores). **Em outras**





2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

**palavras: tais mudanças contratuais ocorreram sem que os beneficiários soubessem que, depois de décadas pagando o PLANO DE SAÚDE DA SANTA CASA DE BARRA MANSA (o PLAMESC), se veriam sem o atendimento e o respaldo proporcionado pela centenária instituição filantrópica, que desde 1859 promove assistência à saúde no Município de Barra Mansa.**

Nesse sentido, com base na teoria da aparência, não há dúvidas de que a responsabilidade pela manutenção do atendimento aos beneficiários dos planos de saúde (antigo PLAMESC) é solidária entre as Rés, na mesma linha do que pacificou o Superior Tribunal de Justiça ao decidir casos envolvendo a UNIMED.

Se, ao vender os planos denominados PLAMESC, utilizou-se a solidez e a marca SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA, não pode a 2ª Ré eximir-se de responsabilidade em razão da autonomia entre ela e a 1ª Ré e do contrato de alienação de carteira, em especial porque cerca de metade dos atuais beneficiários firmaram contratos com a própria SANTA CASA, antes do ano de 2017, quando ocorreu a alienação da carteira para a nova pessoa jurídica, criada pela própria SANTA CASA no ano de 2013.

Importante destacar que na alienação inicial da carteira, a Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa e a 2ª Ré comprometeram-se a manter *“os valores contratados e a cobertura assistencial nas dependências da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa”* (cláusula quinta) e que, em caso de modificação da rede credenciada, seria observado o disposto no artigo 17 da Lei 9.656/98 (cláusula sexta, alínea “d”).

**Somente em junho de 2019 a Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa passou a chamar-se Associação Plame de Saúde (doc. 06), sendo certo que o plano de saúde ainda era comercializado e registrado na ANS com o nome fantasia PLAMESC – Plano Médico Santa Casa(doc. 03), sem que qualquer dos envolvidos (inclusive a 2ª Ré) manifestasse oposição ou fizesse os necessários esclarecimentos aos beneficiários.**



**2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda**

Conforme nota veiculada no sítio eletrônico da Associação Plame de Saúde (doc. 07), a partir de 01 de março de 2021 o atendimento de seus beneficiários não mais será realizado pela Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, mas sim pela Casa de Saúde Santa Maria.

Objetivando conseguir maiores detalhes acerca da modificação de prestador de serviço, a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa do Consumidor e Contribuinte (doc. 08) solicitou à ANS – Agência Nacional de saúde Suplementar maiores informações, inclusive quanto à análise de equivalência prevista no artigo 17 da Lei nº 9.656/98.

Em resposta, no dia 11.02.2021 (docs. 09 e 10), a agência reguladora encaminhou o Ofício nº: 88/2021/ASSEP/PROGE/DICOL, esclarecendo que sequer há procedimento em trâmite perante a agência reguladora para substituição do prestador, *in verbis*:

Não foi identificada comunicação de substituição do prestador em questão, junto a esta Agência Reguladora, pela operadora ASSOCIAÇÃO PLAME DE SAÚDE.

O prestador HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA se encontra ativo na rede da operadora cadastrada na ANS, vinculado atualmente aos 40 produtos listados abaixo.

<b>Nº do Registro / Código do Plano na Operadora</b>	<b>Nome Comercial do Plano</b>
D01235	DIFERENCIADO PARA INTERNAÇÃO COM OPÇÃO
008000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO
005000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO
010000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO
009000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO
D915	DIFERENCIADO PARA INTERNAÇÃO SEM OPÇÃO
D617	DIFERENCIADO TOTAL COM OPÇÃO
006000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO
B814	BASICO PARA INTERNAÇÃO SEM OPÇÃO
B716	BASICO TOTAL COM OPÇÃO
B4	BASICO PARA INTERNAÇÃO COM OPÇÃO
016000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO
013000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

014000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO
015000000	PLANO EMPRESA BASICO TOTAL COM OPÇÃO
401334984	Básico Total Sem Opção
401335982	Básico para Internação Sem Opção
401336981	Diferenciado para Internação Sem Opção
401337989	Diferenciado Total Sem Opção
401338987	Básico para Internação Com Opção
401340989	Básico Total Com Opção
401341987	Diferenciado Total Com Opção
401342985	Plano Empresa Diferenciado Total Sem Opção
401343983	Plano Empresa Básico Total Sem Opção
401344981	Plano Empresa Diferenciado Total Com Opção
401345980	Plano Empresa Básico Total Com Opção
470512142	PLANO EMPRESA REFERENCIA
475472167	REFERÊNCIA ADESÃO
475473165	REFERÊNCIA EMPRESARIAL
475474163	REFERÊNCIA FAMILIAR
475775161	ADESÃO OURO
475776169	ADESÃO BRONZE
475777167	INDIVIDUAL BRONZE
475778165	EMPRESARIAL BRONZE
475779163	INDIVIDUAL OURO
475780167	EMPRESARIAL OURO
487751209	COLETIVO EMPRESARIAL S M BRONZE
487752207	COLETIVO POR ADESÃO S M BRONZE
487753205	COLETIVO EMPRESARIAL S M OURO
487754203	COLETIVO POR ADESÃO S M OURO

Também o prestador CASA DE SAÚDE SANTA MARIA já se encontra cadastrado junto à rede da operadora na ANS, entretanto, vinculado a apenas 1 produto, qual seja, 470.512/14-2 (PLANO EMPRESA REFERENCIA).

Tendo em vista a informação de que a operadora já está realizando a comunicação aos seus beneficiários de que o HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA não pertencerá mais a sua rede credenciada a partir de 28/02/2021, sendo o mesmo substituído pela CASA DE SAÚDE SANTA MARIA, e **considerando o disposto no §1º do artigo 17 da Lei 9.656/98 que diz que, além dos beneficiários, a ANS também deverá ser comunicada das substituições hospitalares ocorridas na rede da operadora com 30 dias de antecedência, informamos que será aberto processo administrativo específico** nesta Gerência de Acompanhamento Regulatório da Redes Assistenciais - GEARA para averiguação do indício de infração.



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

Verifica-se, portanto, que sequer há autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar para a modificação da rede credenciada da 1ª Ré, de modo que não houve observância de todos os requisitos aptos a tornarem a transição legal, com a manutenção de toda a cobertura hospitalar e análise da equivalência entre as redes (artigo 17 da Lei nº 9.656/98).

**Em razão dos indícios de irregularidade na mudança da rede credenciada da 1ª Ré, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar informou que instaurou procedimento administrativo específico para apurar o caso e a regularidade na substituição da rede credenciada, de modo que, nesse meio tempo, os consumidores não podem ficar desamparados.**

O contexto de criação dos planos de saúde e sua vinculação há décadas à 2ª Ré evidenciam que a obrigação na continuidade da prestação do serviço é de ambas as Rés, a fim de preservar a boa-fé objetiva e o dever de informação aos consumidores, muitos dos quais originariamente contrataram seus planos de saúde com a própria Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa.

Destaca-se que, em casos de mudança do prestador, além da necessidade de aprovação prévia da alteração pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e da análise acerca da equivalência da nova rede credenciada com a antiga, a agência reguladora permite ao consumidor a portabilidade do plano de saúde sem qualquer carência, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos em RN da ANS, o que sequer foi informado e oportunizado aos beneficiários.

No caso em análise, a operadora (1ª Ré) não poderia comunicar aos seus beneficiários sobre a mudança da rede credenciada sem prévia comunicação e aprovação pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que não ocorreu, posto que sequer foi iniciado o procedimento junto à agência reguladora, conforme documentação enviada a esta Promotoria de Justiça por ofício (doc. 08 a 10).



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

Por sua vez, a obrigação da 2ª Ré em continuar a prestar os serviços até a aprovação da substituição do prestador e a análise da equivalência pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, decorre da boa-fé objetiva e da teoria da aparência, perfeitamente aplicáveis ao caso concreto.

O encerramento abrupto da prestação do serviço pela 2ª Ré, sem que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar tenha analisado a regularidade da mudança do prestador e a equivalência da nova rede com a anterior, certamente trarão insegurança e inúmeros problemas na prestação dos serviços médico e hospitalar, comprometendo o acesso à saúde a que fazem *jus* os consumidores (muitos deles que, originariamente, contrataram com a própria Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa).

Importante destacar que, instados em audiência a continuarem com o contrato em vigor e a solucionarem eventuais pendências contratuais e/ou controvérsias sobre valores devidos com as competentes ações de cobrança, **ambas as Rés optaram por celebrar um acordo apenas parcial em audiência, a fim de encerrar, definitivamente, o contrato vigente e, conseqüentemente, modificar toda a rede de atendimento dos beneficiários** (doc. 11 e 12), sem qualquer preocupação com a prévia e indispensável análise pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Verifica-se uma atitude desleal por parte das empresas demandadas para com seus clientes, porquanto restou frustrada a legítima expectativa dos consumidores com relação ao serviço que foi contratado tendo como única prestadora a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA e que, a partir de 01.03.2021, não se sabe como será oferecido, diante da inexistência de análise pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar da equivalência da nova rede credenciada.

O Código de Defesa do Consumidor estabelece várias medidas protetivas aos consumidores, dentre as quais encontra-se a inadmissibilidade de práticas abusivas perpetradas nas relações de consumo. É o que estabelece o art. 6º, inciso IV do citado diploma legal:



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

Com efeito, encontra-se também inserido no códex consumerista, em seu art. 39 e incisos, a vedação de todo e qualquer procedimento que vulnerabilize de forma desproporcional o consumidor.

No caso, a atitude das fornecedoras merece uma justa reprimenda do aparelho estatal para inibir tal prática abusiva, posto que os consumidores foram colocados em posição extremamente vulnerável, sem que fosse respeitado o trâmite previsto na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar para toda a mudança da rede de atendimento.

A modificação da rede credenciada da 1ª Ré não ocorreu com observância das regras da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Além disso, a então operadora Santa da Casa de Misericórdia de Barra Mansa transferiu no ano de 2017 a carteira de clientes que possuíam planos de saúde por ela comercializados, de forma unilateral, para a Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa que, posteriormente, passou a se chamar Associação Plame de Saúde .

Nesse contexto, **a recusa da 2ª Ré em continuar a atender os beneficiários da 1ª Ré no meio da maior pandemia dos últimos 100 (cem) anos, bem como a postura da 1ª Ré de modificar sua rede de atendimento sem aprovação da agência reguladora e sem análise sobre a equivalência do novo prestador com o antigo, evidenciam que a intervenção judicial é absolutamente necessária e urgente, com fins de manter o atendimento dos beneficiários da 1ª Ré pela 2ª Ré até que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar aprove a substituição do prestador da 1ª Ré e analise a equivalência da nova rede, nos termos do artigo 17 da Lei nº 9.656/98.**



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

**E – DO DIREITO**

**E.1. DA APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

Aos contratos de planos de saúde, que denotam típica relação de consumo, aplica-se, incontestavelmente, o Código de Defesa do Consumidor, consoante entendimento pacificado pelo Superior Tribunal de Justiça na Súmula 469: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”*.

Nesse tipo de contrato, de um lado temos o consumidor, parte mais frágil da relação contratual, e, de outro lado, o fornecedor que presta serviços, mediante remuneração. Deste modo, temos subsunção à Lei 8.078/1990, especificamente aos seus artigos 2º e 3º, §2º.

Foi estabelecida no art. 4º do CDC a Política Nacional de Relações de Consumo, no intuito de criar um equilíbrio entre consumidor e fornecedor, dispondo que deverão ser observados e aplicados certos princípios nas relações de consumo, tais como: Dignidade da Pessoa Humana, Proteção a Vida a Saúde e Segurança, Transparência, Harmonia, Vulnerabilidade, Conservação dos Contratos, Responsabilidade Solidária, Inversão do Ônus da Prova e Efetiva Prevenção e Reparação de Danos, que servirão como norteadores das ações dirigidas aos consumidores.

Ainda nessa linha de raciocínio, o mesmo Código expressa um dos princípios mais relevantes do ordenamento jurídico brasileiro - a dignidade da pessoa humana – também resguardado pela Constituição Federal de 1988. Esse princípio deve ser utilizado como norte em todas as relações jurídicas, inclusive nas relações de consumo, em que se tem uma parte vulnerável e hipossuficiente, devendo ser assegurada a sua dignidade, qualidade de vida e saúde, além da proteção contra toda e qualquer prática abusiva.

A absoluta vulnerabilidade o consumidor, premissa que é a pedra de toque do Código de Defesa do Consumidor, traduz-se na insuficiência de o consumidor manter-se imune a





2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

prática lesiva sem a intervenção de órgãos destinados a salvaguardar sua proteção, tais como os PROCONs e as Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa do Consumidor. Por se tratar de conceito tão relevante, a vulnerabilidade permeia, direta ou indiretamente, todos os aspectos da proteção do consumidor.

A própria Lei 9.656/98, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, em seu art. 35-G prevê que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável subsidiariamente aos contratos de Plano Privado de Assistência à Saúde.

**E.2. DO DEVER DAS RÉS DE MANTER A QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS  
CONSUMIDORES, ATÉ QUE A ANS APROVE A MUDANÇA DO PRESTADOR**

A Resolução Normativa nº 112, de 28 de setembro de 2005 (alterada pela Resolução Normativa nº 145, de 15 de janeiro de 2007) (doc. 13), que trata da alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde, preceitua que a operação de alienação de carteira de usuários entre operadoras de planos de saúde poderá ocorrer por ato voluntário da operadora ou por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Com efeito, a alienação voluntária da carteira de clientes da 2ª Ré para a Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa (hoje denominada Associação Plame de Saúde) deveria ser realizada mediante prévia autorização da ANS, o que verificou-se ter, de fato, ocorrido no caso em tela no ano de 2017.

A referida resolução determina que, nas operações de alienação de carteira voluntária, as condições vigentes no contrato alienado devem ser mantidas de forma integral, de modo que os consumidores não sofram restrições de direitos com a operação. Vejamos:

Art. 4º A operação de alienação de carteira voluntária, seja ela total ou parcial, deverá manter integralmente as condições vigentes dos contratos adquiridos sem restrições de direitos ou prejuízos para os beneficiários.





2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

§ 1º É vedado o estabelecimento de quaisquer carências adicionais nestes contratos, bem como a alteração das cláusulas de reajuste de contraprestação pecuniária, inclusive em relação à data de seu aniversário.

§ 2º A alteração da rede hospitalar credenciada ou referenciada deverá obedecer ao disposto no art. 17 da Lei n.º 9.656, de 1998.

§ 3º Na operação de alienação de carteira fica vedada a interrupção da prestação de assistência aos beneficiários da carteira da operadora alienante, principalmente aos que estejam em regime de internação hospitalar ou em tratamento continuado.

§ 4º No período de transição ocorrido entre a celebração do negócio jurídico de transferência da carteira e a assunção desta pela operadora adquirente, a responsabilidade pela prestação da assistência médico hospitalar e/ou odontológica permanece com a operadora alienante.

Resta evidenciado o dever de manutenção das condições contratuais, bem como, em caso de alteração da rede hospitalar credenciada, o dever de comunicação aos consumidores com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência. Saliente-se, ainda, que a substituição da rede de credenciada deverá ocorrer por serviço de qualidade equivalente ao anterior.

No presente caso, **desde a alienação da carteira no ano de 2017, a rede hospitalar permaneceu inalterada, sobretudo considerando a natureza do produto vendido aos consumidores, sempre o lastro da centenária instituição (Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa), inclusive adotando o nome fantasia PLAMESC (Plano Médico de Saúde da Santa Casa)** (doc. 03).

Contudo, após divergências contratuais e financeiras entre as Rés a partir do ano de 2019, a 2ª Ré denunciou o contrato por prazo indeterminado que estava vigor (doc. 14) desde a alienação da carteira à Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa e informou que, em exíguos 30 (trinta) dias, deixaria de atender aos pacientes beneficiários de planos de saúde administrados pela 1ª Ré.



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

Não se pode olvidar que tal conduta da 2ª Ré ocorreu no momento mais difícil da saúde pública e privada dos últimos 100 (cem) anos, no meio da pandemia causada pela COVID-19, mais precisamente em novembro de 2020, deixando sob risco de ficarem desassistidos mais de 2000 (dois mil) beneficiários do plano de saúde que, por longos anos, foi comercializado pela própria Santa Casa.

Sob o ponto de vista do consumidor, o plano de saúde contratado sempre fora o “plano da santa casa”, o PLAMESC, cujo atendimento seria sempre garantido pela centenária instituição filantrópica de assistência à saúde. **A alienação voluntária da carteira no ano de 2017, dissociada de outras medidas para prestar esclarecimentos de forma efetivamente compreensíveis para o consumidor médio, não afasta a responsabilidade da antiga administradora do plano de saúde, a 2ª Ré.**

Mesmo diante de todas essas questões fáticas, envolvendo o histórico da comercialização dos planos de saúde e a forma de sua divulgação aos consumidores, as Rés não chegaram a um consenso extrajudicial ou nos autos do processo nº 0013822-35.2020.8.19.0007, apenas prorrogando a finalização do contrato para o dia 28 de fevereiro de 2021.

Em contato com a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro foi informado que a substituição da rede credenciada da 1ª Ré não havia sequer sido submetida à aprovação da Agência Reguladora no prazo necessário (30 dias de antecedência), sendo certo que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar esclareceu que a aprovação prévia da substituição do prestador é necessária para a modificação e para sua comunicação aos consumidores (doc. 09 e 10). Em relação a este último ponto, à total revelia das normas da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, a 1ª Ré anunciou a mudança da rede credenciada em seu sítio eletrônico, antes de qualquer manifestação e autorização da agência (doc. 07).

Destaca-se que a aprovação pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar não se trata de mera formalidade, mas de instrumento de controle do Estado em



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

atividade tão sensível, bem como de proteção aos consumidores, posto que a autorização envolve, também, a análise da equivalência das redes (a que será descredenciada e a que será contratada).

É cediço que a saúde é um direito constitucionalmente assegurado, bem como que o Código de Defesa do Consumidor estabeleceu, dentre os direitos básicos na relação de consumo, a proteção à vida e à saúde contra os riscos que possam ser provocados pelos fornecedores no desenvolvimento de suas atividades.

Desta feita, as Rés têm o dever de manter a rede hospitalar e as mesmas coberturas e garantias previstas nos contratos inicialmente celebrados pelos beneficiários com a 2ª Ré, posteriormente transferidos por meio de alienação de carteira para a Irmandade Santa Isabel de Barra Mansa e, hoje em dia, de responsabilidade da 1ª Ré (Associação Plame de Saúde), de modo a possibilitar a continuidade da assistência à saúde dos consumidores, nos mesmos moldes do contratado, inclusive nos moldes dos termos da oferta aos usuários.

É **dever da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar** garantir a saúde técnica e econômica da empresa para a qual os clientes serão transferidos nos processos de alienação de carteira de clientes, bem como **analisar eventuais modificações de rede credenciada, para assegurar que os consumidores sejam atendidos com a mesma qualidade inicialmente contratada**. E, tal circunstância, somente será garantida se a troca da rede credenciada da 1ª Ré for precedida da análise e autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**F – DA NECESSÁRIA ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA**

Ao se analisar os fatos descritos na inicial, fica patente a presença dos pressupostos (artigo 300, *caput* do Código de Processo Civil e artigo 12 da LACP) para o **deferimento da tutela de urgência liminarmente** (artigo 300, §2º do Código de Processo Civil), quais sejam, (i) a fumaça do bom direito (“*fumus boni iuris*”); e (ii) o perigo da demora (“*periculum in mora*”).



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

O *fumus boni iuris* se faz presente, uma vez que os elementos juntados na inicial apontam a plausibilidade do direito invocado, posto que evidenciam a irregularidade na cessação do atendimento dos beneficiários da 1ª Ré pela 2ª Ré no dia 28 de fevereiro de 2021, sem que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar tenha realizado a análise do pedido de substituição do prestador e a equivalência da rede, nos termos do artigo 17 da Lei nº 9.656/98, em frontal violação aos princípios norteadores das relações de consumo e às normas de defesa do consumidor.

Destaca-se que, com base na boa-fé objetiva e na teoria da aparência, bem como na peculiar relação entre os consumidores dos planos de saúde e os serviços prestados pela 2ª Ré (já narrada nesta exordial), não há como negar que a obrigação da manutenção do atendimento pela atual rede credenciada, até que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar autorize a substituição e conclua pela equivalência da nova rede com a antiga, impõe-se a ambas as Rés.

Outrossim, o *periculum in mora* decorre da possibilidade de interrupção do atendimento contratado pelos beneficiários há anos ou décadas, sem quaisquer garantias de que seus direitos serão preservados e que o novo prestador atuará com a mesma eficiência que o atual, em especial por conta da ausência de análise da nova rede pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Soma-se a isso o fato de que, se a assistência à saúde já era um dos direitos mais relevantes para os cidadãos, no atual contexto de pandemia causada pela COVID-19, a desassistência poderá gerar graves danos morais e materiais aos consumidores.

A demora natural do processo e até mesmo a espera da formação da relação processual para análise do pedido antecipatório poderá acarretar a ineficácia do provimento jurisdicional definitivo, qual seja, a continuidade da regular prestação de assistência à saúde aos consumidores, nos moldes inicialmente contratados, inclusive com equivalência da nova rede credenciada. Outrossim, o perigo da demora consiste também no próprio risco de vida que os usuários, não se podendo olvidar que vivemos a maior pandemia dos últimos 100 (cem) anos.



2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda

Ante o exposto, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro requer a concessão de tutela de urgência, *INAUDITA ALTERA PARS*, com fundamento no artigo 300, § 2º do Código de Processo Civil, no artigo 84, *caput* e § 3º da Lei 8.078/90 e nos artigos 11 e 12 da Lei 7.347/85, para o fim de obrigar as Rés a manterem o atendimento dos beneficiários da 1ª Ré pela 2ª Ré até que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar aprove a substituição do prestador da 1ª Ré e analise a equivalência da nova rede, nos termos do artigo 17 da Lei nº 9.656/98, sob pena de multa diária de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

**G – DOS PEDIDOS**

Assim, diante de todo o exposto, requer o Ministério Público:

- a) a concessão de TUTELA DE URGÊNCIA LIMINARMENTE, para obrigar as Rés a manterem o atendimento dos beneficiários da 1ª Ré pela 2ª Ré até que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar aprove a substituição do prestador da 1ª Ré e analise a equivalência da nova rede, nos termos do artigo 17 da Lei nº 9.656/98, sob pena de multa diária de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).
- b) o recebimento da petição inicial e, após, a citação das Rés para que, querendo, apresentem contestação, sob pena de revelia;
- c) seja julgado procedente, em definitivo, o pedido formulado em caráter de tutela de urgência, obrigando-se as Rés a manterem o atendimento dos beneficiários da 1ª Ré pela 2ª Ré até que a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar aprove a substituição do prestador da 1ª Ré e analise a equivalência da nova rede, nos termos do artigo 17 da Lei nº 9.656/98.
- d) sejam as Rés condenadas ao pagamento de todos os ônus da sucumbência, incluindo os honorários advocatícios, estes últimos revertidos ao Fundo Especial do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

O Ministério Público protesta pela produção de todos os meios de prova que se fizerem necessários, notadamente prova documental e testemunhal.



**2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Volta Redonda**

Informa o *Parquet* que receberá as intimações pessoais decorrentes do processo na Secretaria da 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva do Núcleo de Volta Redonda, sediada no endereço constante do rodapé desta petição.

Dá-se a esta causa o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), para fins do artigo 291 do Código de Processo Civil.

Volta Redonda, 21 de fevereiro de 2021.

VANESSA CRISTINA GONCALVES  
GONZALEZ: [REDACTED]

Assinado de forma digital por VANESSA  
CRISTINA GONCALVES  
GONZALEZ: [REDACTED]  
Dados: 2021.02.21 19:41:48 -03'00'

**VANESSA CRISTINA GONÇALVES GONZALEZ**

Promotora de Justiça

Mat. 7051