



## DECISÃO ADMINISTRATIVA

Processo nº: **0113-002.703-6**

Fornecedor: UNIMED Itajubá

EMENTA: Plano de saúde. Procedimento de cobertura obrigatória previsto no rol de procedimentos da ANS. Interrupção do tratamento sob alegação de estar sendo realizado fora da área de abrangência de cobertura do plano. Mudança de hospital e equipe médica na fase final do tratamento. Paciente menor de idade portadora de deficiência tratada em hospital especializado. Desequilíbrio contratual configurado. Desvantagem exagerada. Prática abusiva e atentatória à boa-fé objetiva. Afronta a RN nº 211/10 ANS: art. 14 e 15A. Infração à Lei 8.078/1990: art. 39, V, e VIII, art. 51, IV e § 1º, I, II, e III.

Vistos etc.,

Trata-se de processo administrativo iniciado através de reclamação do consumidor, nos termos do art. 33, III, do Decreto Federal nº 2.181/97, em face do fornecedor **Unimed de Itajubá Cooperativa de Trabalho Médico**, inscrito no CNPJ 23.802.218/0001-65, por violação dos artigos artigo 39, V, e VIII, e 51, IV e § 1º do Código de Defesa do Consumidor, consequência de desrespeito dos artigos 14 e 15-A, da Resolução Normativa nº 211/10 da ANS, aplicada a espécie, que prevê o rol de procedimentos e eventos em saúde de cobertura mínima obrigatória.

A consumidora menor incapaz, portadora de paralisia cerebral e escoliose neuromuscular, legalmente representada por seu pai, todos devidamente identificados nos autos, alegou no seu relato inicial que, possui plano de saúde individual/familiar (AMB-APTO-OBS) de nº 01370899001157006, da operadora Unimed Itajubá desde **16/06/02**.

Que por sofrer de escoliose vem passando por tratamento com implantação cirúrgica de prótese subcutânea "Vepter" para correção de desvio de coluna, desde **2007**.



Que por conta de se tratar de pessoa com deficiência em estado clínico delicado, bem como pela alta complexidade do tratamento, foi encaminhada pela Unimed Itajubá para realizar o tratamento no Hospital especializado da AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente) em São Paulo-SP.

Que o tratamento iniciado em **2007**, através de implantação da prótese corretiva na coluna (1ª cirurgia já realizada), encontra-se em fase final, já tendo sido determinado, por ordem médica, a retirada da prótese e o procedimento cirúrgico corretivo final, com a “implantação do sistema pedicular definitivo para correção da escoliose” (fls. 10).

Que não obstante ter sido regularmente autorizado, pela Unimed Itajubá todos os procedimentos durante o curso do tratamento, que teve seu início em **2007**, a operadora não providenciou a marcação deste último procedimento.

Requeru ao final o consumidor, a marcação do procedimento cirúrgico, na forma das recomendações médicas apresentadas na reclamação, conforme documentos de fls. 05-27.

Notificado no **procedimento preliminar** (§ 1º do art. 33 do Decreto Federal 2.181/97), através da Carta de Informações Preliminares (fls. 03), o fornecedor manifestou-se e juntou documentos às **fls. 28-68**, alegando que:

*- a beneficiária esta vinculada ao convênio médico por um contrato de prestação de serviços com atendimento estadual - Minas Gerais;*

*- que os documentos juntados pela beneficiária dão conta de que a cirurgia pretendida será realizada no Estado de São Paulo;*

*- que o contrato de prestação de serviços prevê cobertura para determinado grupo de municípios no Estado de Minas Gerais, conforme previsto no Capítulo “M” do Regulamento do Plano de Assistência a Saúde Individual e Familiar;*



- *que trata-se de procedimento eletivo, dessa forma a cobertura estaria restrita a área de ação estabelecida contratualmente, ou seja nos grupos de municípios do Estado de Minas Gerais previstos no contrato;*

- *que uma vez que a paciente pretende o atendimento fora da área de cobertura contratual e não se trata de urgência, ou emergência, a internação no Estado de São Paulo não teria cobertura pelo plano;*

- *caso a beneficiária venha a se submeter ao procedimento solicitado em qualquer das cidades listadas do Estado de Minas Gerais, o procedimento será autorizado;*

- pugnou ao final pela improcedência da reclamação.

Frustrada a tentativa preliminar para solução da demanda, o feito foi convertido em **Processo Administrativo de Reclamação** às fls. 75-76, seguindo o rito previsto nos artigos 33 e seguintes do Decreto Federal nº 2.181/97.

Assim, foi o fornecedor foi novamente notificado às **fls. 77**, desta vez, para comparecer a audiência de conciliação e apresentar defesa no prazo legal.

Defesa com documentos foi apresentada às **fls. 79-148**, reiterando os mesmos pontos alegados nas informações.

Presentes na audiência (fls.149), não foi possível a composição.

Aberto o prazo de 10 dias na audiência, para que o fornecedor apresentasse a lista de hospitais e médicos credenciados a realizar o procedimento no estado de Minas Gerais, o mesmo foi apresentado as **fls. 172-173**.

Em contato do Procon com o **Hospital Abreu Sodré** (Grupo Escoliose) da AACD (Certidão fls. 174-175), foi confirmado as informações constantes da reclamação da consumidora bem como da documentação juntada.



O setor responsável do Hospital Abreu Sodré confirmou o credenciamento do Hospital junto a Unimed, e que a consumidora foi selecionada por conta de sua patologia e sua condição médica, se enquadrar no perfil de assistidos pela AACD.

Que a paciente teve seu tratamento médico iniciado no hospital em **2007** e este se prolongou até **março de 2013**, com todos os procedimentos autorizados pela Unimed Itajubá neste período.

Que o cirurgião de coluna responsável, não indica que cirurgia seja realizada em outro local, justamente por que a paciente possui características delicadas (baixo peso e diminuição de tecido subcutâneo) e que como **já é assistida pela AACD**, o Hospital Abreu Sodré já é equipado para este tipo de público.

Por seu turno, informado sobre as opções de tratamento no estado de Minas Gerais, fornecidas pela Unimed Itajubá após a intervenção do Procon na audiência de **fls. 149**, o responsável pela paciente, declarou conforme certidão de **fls. 176**, que por conta do estado frágil e particular de saúde de sua filha, que vem tendo o tratamento coberto desde 2007, no hospital da AACD em São Paulo, não quer mudar o local do tratamento, na sua fase final, o que poderá acarretar riscos a segurança e saúde de sua filha.

O processo teve trâmite regular, com respeito aos princípios da ampla defesa e do contraditório:

Carta de Informações Preliminares (CIP) às fls. 3.

Informações prestadas às fls. 28-68.

Feito convertido em Reclamação (processo administrativo) às fls. 75-76.

Defesa com documentos juntada às fls. 79-148.

Audiência de conciliação às fls. 149.



Comprovantes de notificação às fls. 3-v e 77-v.

É, o detalhado relatório. **Passo a decidir.**

A Lei nº 8.078/90 que instituiu o Código de Defesa do Consumidor, seguindo preceito constitucional, prevê como direito básico do consumidor a efetiva proteção da vida e da saúde, bem como a proteção contra modificação de cláusulas contratuais desproporcionais que possam tornar o contrato excessivamente oneroso para o consumidor:

*Art. 6º São direitos básicos do consumidor:*

*I - a **proteção da vida, saúde** e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;*

.....

*III - a **informação adequada e clara** sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; ([Redação dada pela Lei nº 12.741, de 2012](#)) [Vigência](#)*

*VI - a **efetiva prevenção e reparação de danos** patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;*

*V - a **modificação das cláusulas contratuais** que estabeleçam prestações **desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;***

.....

Os documentos juntados pelo consumidor às **fls. 05-27** comprovam satisfatoriamente a condição médica da paciente bem como os fatos alegados sobre o tratamento realizado e a cobertura pelo plano de saúde.

As alegações do fornecedor se resumem nos argumentos de que o plano não cobre o procedimento fora do âmbito regional previsto no contrato.

De outro lado, na pesquisa realizada no site oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)> espaço do consumidor> o que seu plano



deve cobrir), juntada às fls. **69-74** e **152-154**, resta comprovado que o procedimento pleiteado pelo consumidor é de **cobertura obrigatória pelo plano de saúde**.

Portanto, afastada a tese da defesa sobre a cobertura limitada aos municípios constantes do contrato.

Nesse sentido, conforme prevê a **Resolução Normativa nº 211/2010 da ANS**, aplicável a espécie:

Art. 14 Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais **é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

Art. 15-A. Os procedimentos e eventos em saúde de **cobertura obrigatória**, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, que envolvam a **colocação, inserção** e/ou fixação de órteses, **próteses** ou outros materiais **possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção** e/ou retirada. ([Acrescentada dada pela RN nº 262, de 01/08/2011](#))

Assim, para esta situação específica dos autos, não se aplica o regime de limitação de abrangência regional por conta do procedimento estar previsto no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

E foi exatamente por esse motivo que a paciente foi encaminhada em 2007 para ser tratada no hospital especializado da AACD no Estado de São Paulo, e não na região delimitada no contrato.

Concomitante a este fato, observo pelo que consta dos autos, em especial os documentos juntados às **fls. 09-27**, e certidão de **fls. 174-174**, que todo o tratamento da paciente foi realizado no Hospital da AACD – “Abreu Sodré” em São Paulo-SP, especializado em tratamento de crianças deficientes.



O tratamento teve seu início no ano de **2007**, e foi coberto pela Unimed Itajubá, até março de **2013**, quando houve a negativa de cobertura do último procedimento, para retirada da prótese subcutânea de correção de coluna e “implantação do sistema pedicular definitivo para correção da escoliose”, sob o argumento de que o plano era de abrangência estadual (Minas Gerais) e que o procedimento pleiteado seria realizado em São Paulo-SP.

A operadora tomou conhecimento do pedido de intervenção cirúrgica em **maio de 2013**, e só após a intervenção do Procon na audiência realizada em **28/02/14** (fls. 149), apresentou a lista de Hospitais e médicos que poderiam realizar o procedimento no estado de Minas Gerais.

Não obstante, o responsável pela consumidora, declarou sua preferência para que o tratamento seja finalizado no mesmo hospital, de reconhecida excelência no tratamento de crianças portadoras de deficiência, local que acompanha a evolução médica de sua filha desde 2007.

Nesse particular, é bom que se esclareça, constitui obrigação do fornecedor, e, exclusivamente do fornecedor, prestar informações claras, corretas, e ostensivas, em qualquer relação com o consumidor, nos termos dos art. 6º, III, 30 e 31 do CDC.

Ao negar a autorização para o procedimento, que consta no rol de cobertura obrigatória da ANS (fls. 69-74 e 152-154), deveria o fornecedor no mesmo ato da negativa, no mínimo, apresentar e encaminhar a consumidora, uma nova opção de tratamento.

Registre-se ainda, o fato de estarmos lidando com criança incapaz e deficiente, portadora de paralisia cerebral e escoliose neuromuscular severa, cujos responsáveis, são pessoas simples de idade avançada, sem estudos, e de condição econômica limitada, portanto sem a menor condição encaminhar a filha, em pleno tratamento para outro hospital.



O comportamento do fornecedor não observou as regras da boa-fé objetiva, requisito obrigatório nas relações de consumo, prevista de forma expressa no CDC:

Art. 4º A **Política Nacional das Relações de Consumo** tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, **atendidos os seguintes princípios:** [\(Redação dada pela Lei nº 9.008, de 21.3.1995\)](#)

.....

III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica ([art. 170, da Constituição Federal](#)), **sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;**

.....

Art. 51. São **nulas de pleno direito**, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

.....

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam **incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;**

No mesmo sentido, a lição de RIZZATTO NUNES:

“a boa-fé objetiva, que é a que está presente no CDC, pode ser definida, *grosso modo*, como uma regra de conduta, isto é, o **dever das partes de agir conforme certos parâmetros de honestidade e lealdade**, a fim de estabelecer o equilíbrio nas relações do consumo. [.....]

Deste modo, quando se fala em boa-fé objetiva, pensa-se em **comportamento fiel, leal**. Na atuação de cada uma das partes contratantes a fim de garantir respeito a outra.”<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nunes, Luiz Antônio Rizzatto. Curso de Direito do Consumidor, 4ª Ed. p. 605. São Paulo: Saraiva, 2009.





O próprio Código Civil de 2002, inspirado pelo CDC de 1990, trouxe ao direito civil a mesma regra da boa-fé contratual no art. 422: “*Os contratantes são obrigados a guardar, assim, na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios da probidade e boa-fé*”.

Nota-se assim, que em ambos os regimes (civil e do consumidor), a boa-fé constitui-se em regra de mercado, conforme disposição da lei.

Observo neste contexto que ao negar a autorização para o procedimento de cobertura obrigatória, o fornecedor não respeitou as disposições dos art. 14 e 15-A da Resolução Normativa nº 211/10 da ANS, acima declinadas, e assim cometeu infração ao disposto no **art. 39, VIII do CDC**, que prevê:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras **práticas abusivas**: [\(Redação dada pela Lei nº 8.884, de 11.6.1994\)](#)

....

VIII - **colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes** ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);

Ao mesmo tempo em que deixou de cumprir normas do órgão regulamentador competente, promoveu o **desequilíbrio contratual** prática também vedada pelo CDC nos **art. 39, V** e no **art. 51, IV**, *in verbis*:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras **práticas abusivas**: [\(Redação dada pela Lei nº 8.884, de 11.6.1994\)](#)

.....

V - exigir do consumidor **vantagem manifestamente excessiva**;

.....

Art. 51. São **nulas de pleno direito**, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:



IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que **coloquem o consumidor em desvantagem exagerada**, ou sejam **incompatíveis com a boa-fé ou a equidade**;

Tendo em conta as condições sócio econômicas e culturais dos responsáveis pela paciente, bem como tratar-se de menor de idade deficiente e de estado clínico extremamente delicado, mostra-se exageradamente desvantajoso para consumidor bem como incompatível com a boa-fé, que constitui regra contratual nas relações de consumo, a mudança do local do tratamento em sua fase final.

Ademais disso, ainda prevê o Código, segundo as regras do § 1º do art. 51, que **presume-se exagerada**, a vantagem que:

*I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;*

*II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;*

*III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.*

Ora, se mostra natural e razoável, que após anos de tratamento, o responsável pela paciente tenha preferência pelo hospital que acompanha a evolução médica da paciente, e mais ainda no caso dos autos, em que o **tratamento encontra-se em fase final**.

Nesse sentido, em casos análogos, tem decidido o Tribunal de Justiça de Minas Gérias:

*AGRAVO DE INSTRUMENTO - ASSISTÊNCIA À SAÚDE - CIRURGIA - PRESENÇA DOS REQUISITOS AUTORIZADORES À CONCESSÃO DA TUTELA ANTECIPADA.*

*- Comprovada a necessidade do procedimento pretendido por pessoa necessitada, em se tratando de **moléstia grave ( paralisia cerebral, síndrome de West e Escoliose Neuromuscular ) este deve ser fornecido, sob pena de ofensa ao direito à saúde, garantido constitucionalmente.***

*- Existência dos requisitos autorizadores para a concessão da tutela antecipada.*

*- Recurso não provido. (Agravado de Instrumento Cv 1.0024.12.239791-2/001, Relator(a): Des.(a) Heloisa Combat , 4ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 07/02/2013, publicação da súmula em 18/02/2013)*



AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE - ANTECIPAÇÃO TUTELA - QUIMIOTERAPIA - **INTERRUPÇÃO TRATAMENTO** - AUSÊNCIA DE EXCLUSÃO DA COBERTURA NO CONTRATO - **ABUSO CONFIGURADO** - **FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO** - OFENSA - AFIRMAÇÃO DE QUE A DOENÇA (CÂNCER) QUE ACOMETE O CLIENTE NÃO É GRAVE E QUE A EXPECTATIVA DE VIDA É LONGA - DESRESPEITO A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA - PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS - LITIGÂNCIA DE MÁ-FÉ - NÃO CONFIGURAÇÃO.

Estando o consumidor vinculado a plano de saúde e necessitando de submeter-se a tratamento quimioterápico, com medicamento específico, prescrito pelo médico de sua confiança, **revela-se abusiva a cláusula contratual e o ato emanado da direção do plano de saúde que interrompa o tratamento** e por conseqüência, o exclui da gama das coberturas oferecidas até então sem limites. A experiência ordinária nos ensina que cada organismo humano responde de maneira própria e particular a uma doença e seu respectivo tratamento, portanto, não existe uma certeza absoluta sobre a evolução e gravidade de qualquer tipo de doença, muito menos se irá o paciente sobreviver ou não e por quanto tempo. Nem o mais renomado médico ou cientista pode afirmar com certeza o que ocorrerá a um doente, quiçá um plano de saúde. **A interrupção do tratamento médico ministrado ao consumidor que se mostre abusivo e injustificado, afronta a dignidade da pessoa humana e a função social do contrato**, pelo que deve ser decretado o restabelecimento do mesmo.

(Apelação Cível 1.0024.06.134683-9/001, Relator(a): Des.(a) Unias Silva, 18ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 03/06/2008, publicação da súmula em 21/06/2008)

AÇÃO COMINATÓRIA - PLANO DE SAÚDE - APLICABILIDADE DO CDC - **NEGATIVA DE COBERTURA DO TRATAMENTO INDICADO FORA DO ESTADO DE ABRANGÊNCIA DO PLANO** - INTERPRETAÇÃO DAS CLÁUSULAS COM BASE NA **BOA-FÉ OBJETIVA E NA FUNÇÃO SOCIAL DOS CONTRATOS** - INDICAÇÃO MÉDICA - NECESSIDADE DE ATENDIMENTO FORA DA ÁREA DE COBERTURA CONSTATADA - **DEVER DE COBERTURA** - EMBARGOS DECLARATÓRIOS OPOSTOS - FIXAÇÃO DE MULTA POR INTUITO MERAMENTE PROTETÓRIO - NÃO VERIFICAÇÃO - RETIRADA DA PENALIDADE - SENTENÇA REFORMADA PARCIALMENTE.

-Sendo a requerida pessoa jurídica de direito privado, que oferece a prestação de serviços de plano de saúde, mediante remuneração, nos termos do art. 2º, §2º do CDC, caracteriza-se como fornecedora de serviços, pelo que não há óbice à que seja submetida à aplicação do CDC pelo simples fato de não possuir fins lucrativos.

**-O dispositivo de plano de saúde que exclui a cobertura de determinados procedimentos, é dissonante da boa-fé que deve pautar os contratos de consumo.**

-A princípio, inexistente abusividade na celebração de contrato de plano de saúde em âmbito regional, ou seja, com a restrição da área de cobertura.

-Contudo, havendo comprovação de que o usuário do plano de saúde necessite de tratamento de urgência e emergência e, diante da prova de impossibilidade de utilização da rede credenciada da empresa de plano de saúde, de indisponibilidade do tratamento ou procedimento nos hospitais credenciados, patente é o dever do plano de saúde em arcar com a cobertura pretendida.

-Os embargos declaratórios opostos com a finalidade de prequestionar e de sanar omissões, obscuridades e contradições, não enseja a condenação em multa.

(Apelação Cível 1.0223.10.022624-8/002, Relator(a): Des.(a) Wanderley Paiva, 11ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 29/01/2014, publicação da súmula em 07/02/2014)

DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO ORDINÁRIA. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL ADMINISTRATIVO DO CONSU/ANS. CONTRATO. EXCLUSÃO EXPRESSA DA COBERTURA. INEXISTÊNCIA. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. **RESTRIÇÃO GEOGRÁFICA DA COBERTURA. INCOMPATIBILIDADE COM A FINALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS. LIMITAÇÃO AFASTADA NA ESPÉCIE. PEDIDO PROCEDENTE. SENTENÇA MANTIDA. 1. A Resolução nº 10/98 do CONSU, com as respectivas atualizações posteriores da ANS, utilizada como referência pelas operadoras de planos de saúde, dispõe apenas sobre o rol mínimo de procedimentos mínimos e básicos que devem ser obrigatoriamente cobertos, mas não exclui a possibilidade da cobertura de outros, nos termos do contrato. 2. E se da**



*cláusula restritiva da cobertura constante do contrato de prestação de serviços, não se infere, taxativa e peremptoriamente, a exclusão de procedimentos não listados nos regulamentos administrativos do CONSU ou da ANS, impõe-se a interpretação mais favorável ao consumidor-aderente (artigo 47 do CDC) para concluir que o procedimento pretendido, embora não regulamentado, está encampado pela cobertura contratual. 3. **A limitação da área de abrangência constante do contrato também não merece prosperar na espécie, considerando que o procedimento médico precisado, segundo se infere do caderno processual, somente poderia ser realizado em centros próprios, um deles localizado em São Paulo, de maneira que a restrição geográfica da cobertura mostrar-se-ia incompatível com a boa-fé e com a finalidade da prestação dos serviços contratados e cobertos, principalmente por se tratar de matéria afeta à garantia fundamental da saúde, tal como prevista no texto constitucional de 1988 (artigo 6º, caput e 196 da CF/88). (Apelação Cível 1.0145.12.017993-5/001, Relator(a): Des.(a) Otávio Portes, 16ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 27/11/2013, publicação da súmula em 06/12/2013)***

Ao negar a cobertura de um tratamento de alta complexidade que vem sendo autorizado por mais de 5 anos em um hospital altamente especializado, deveria a operadora de saúde no mínimo ter imediatamente ofertado e encaminhado a paciente para o tratamento em outro hospital, com a demonstração de que o novo hospital e a nova equipe médica, ostentasse a capacidade técnica necessária para atender o procedimento altamente complexo da paciente.

Ademais disso, entendo como perfeitamente razoável, o fato do responsável pela menor deficiente, querer que sua filha tenha o tratamento finalizado pelo mesmo hospital e pela mesma equipe médica que vem realizando o tratamento a mais de 5 anos, sempre com cobertura autorizada pela operadora, conforme documentos juntados às **fls. 09-27** e certidão de **fls. 174-175**.

No caso dos autos, a operadora negou a cobertura sob a único argumento de que o local do procedimento estaria fora do âmbito de abrangência geográfica do plano, porém não prestou as devidas informações e nem encaminhou a paciente, fazendo a demonstração da capacidade técnica do hospital e da equipe médica.

À luz do Código do Consumidor, a interrupção do tratamento no final para o deslocamento da paciente a outro hospital caracteriza **desequilíbrio contratual** e **vantagem manifestamente excessiva** por parte da operadora, colocando o consumidor em **desvantagem exagerada**, situação incompatível com a boa-fé, comportamento este, amplamente vedado pelo CDC, na forma da fundamentação acima declinada (CDC, art. 39, V, e art. 51, IV, e § 1º, I, II, III).



Assim, em face do exposto, julgo fundamentada a reclamação do consumidor, na forma do art. 58, II do Decreto 2.181/97, e aplico à infratora a **pena de multa** prevista no art. 56, inciso I, do CDC, que passo a dosar, nos termos do art. 57 do CDC, art. 24 a 28 do Decreto Federal nº 2.181/97 e, art. 59 a 69 da Resolução PGJ nº 11/2011.

Assim considerado, o valor da multa deve ter o condão de censurar a conduta do fornecedor, para que ele realmente sinta que precisa mudar sua relação com os consumidores e deve fazer isso obedecendo às normas consumeristas.

Consoante entendimento jurisprudencial, a multa prevista no art. 56 do CDC não visa à reparação do dano sofrido pelo consumidor, mas sim à proteção da coletividade e à punição pela infração às normas que tutelam as relações de consumo.

Observa-se que o poder sancionatório do Estado pressupõe obediência ao princípio da legalidade e a sua *ratio essendi* é desestimular a prática daquelas condutas censuradas pelo CDC.

A fixação dos valores das multas às infrações ao Código de Defesa do Consumidor dentro dos limites legais (artigo 57 parágrafo único da Lei federal nº. 8.078/1990), será feito de acordo com a **(1) gravidade da infração, (2) vantagem auferida e (3) condição econômica do infrator.**

**Gravidade da infração** (relaciona-se com sua natureza e potencial ofensivo). A conduta do infrator violou o artigo art. 39, incisos V, e VIII, e, art. 51, inciso IV c/c § 1º, incisos I, II, e III do CDC, práticas que se enquadram no “grupo III” de gravidade contida no art. 60, inciso III, nºs 1 e 19, da Resolução PGJ nº 11/2011.

**Vantagem auferida.** Considerando a ausência de provas nos autos quanto a vantagem auferida pelo fornecedor, considero-a não apurada ou não auferida, aplicando o fator “1” de cálculo (art. 62, alínea “a”, da Resolução PGJ nº 11/2011).

**Condição econômica do infrator.** O fornecedor regularmente notificado (fls. 77) apresentou demonstrativo de resultados às fls. 110.



Assim, considerando as informações prestadas pelo fornecedor considero a receita bruta anual de R\$ 11.347.666,00 (onze milhões, trezentos e quarenta e sete mil, seiscentos e sessenta e seis reais), perfazendo a receita média mensal de R\$ 945.638,83 (novecentos e quarenta e cinco mil, seiscentos e trinta e oito reais e oitenta e três centavos), nos moldes do art. 63, §§ 1º e 2º da Resolução PJG nº 11/2011 (Regulamenta o Sistema Estadual de Defesa do Consumidor).

Desta forma, conforme planilha de cálculo em anexo, fixo a **pena base** em **R\$ 29.369,17** (vinte e nove mil, trezentos e sessenta e nove reais e dezessete centavos).

Considerando a primariedade técnica do infrator como circunstância atenuante, conforme certidão de fls.177, **reduzo** a pena base à metade, para o valor de R\$ 14.684,58 (quatorze mil, seiscentos e oitenta e quatro reais, e cinqüenta e oito centavos), conforme previsto no art. 25, II, do Decreto Federal 2.181/97, c/c art. 66 da Resolução PGJ nº 11/11.

Verifico ainda a presença de **duas agravantes**, a contida no inciso III, do art. 26, do Decreto Federal 2.181/97 *“trazer a prática infrativa conseqüências danosas à saúde ou à segurança do consumidor”*; e a agravante do inciso VII do mesmo artigo, *“ter a prática infrativa ocorrido em detrimento de menor de dezoito ou maior de sessenta anos ou de pessoas portadoras de deficiência física, mental ou sensorial, interditados ou não”*.

Assim, nos termos do art. 66 da Resolução PGJ nº 11/201, acrescento a pena mais a metade, e fixo-a, em **definitivo**, no valor de **R\$ 22.026,87 (vinte e dois mil, e vinte e seis reais e oitenta e sete centavos)**.

**Isso posto, determino:**

**a) A notificação** da infratora na forma legal, para recolher, em favor do Fundo Municipal de Proteção e Defesa do Consumidor de Itajubá-MG, o valor da multa arbitrada, na data aprezada constante na guia de recolhimento, a qual deverá seguir anexa à presente decisão, devendo a Infratora juntar nos autos o comprovante do



pagamento, ou apresentar recurso, no **prazo de 10 (dez) dias**, a contar de sua notificação, na forma dos artigos 46, §2º e 49 *caput*, do Decreto Federal nº 2.181/97.

**b)** Na ausência de recurso, ou quando interposto, julgado improcedente, caso o valor da multa não tenha sido recolhido e comprovado nos autos, no prazo de 30 (trinta) dias, a **inscrição do débito em dívida ativa**, pelo PROCON MUNICIPAL, para posterior cobrança judicial, com juros, correção monetária e os demais acréscimos legais, na forma do art. 55, do Decreto nº 2.181/97.

**c)** A inscrição do nome da Infratora no Cadastro de Reclamações Fundamentadas, nos termos do *caput* do art. 44 da Lei nº. 8.078/90 e inciso II do art. 58, do Decreto Federal nº 2.181/97, conforme classificação do SINDEC.

Itajubá-MG, 17 de fevereiro de 2014.

Vinícius Fonseca Marques

Coordenador do Procon

Publicação: DOE 27/02/2014.