



DECISÃO ADMINISTRATIVA

Processo nº: **0117-002.375-0**

Fornecedor: UNIMED ITAJUBÁ

EMENTA: PLANO DE SAÚDE REGULAMENTADO. TERAPIA OCUPACIONAL. PROCEDIMENTO DE COBERTURA OBRIGATÓRIA. ROL DE PROCEDIMENTOS. PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO. INDISPONIBILIDADE DE PROFISSIONAL CREDENCIADO PELO CONVÊNIO. APLICAÇÃO DAS REGRAS DA RN 259/11 ANS. DESEQUILÍBRIO CONTRATUAL CONFIGURADO. DESVANTAGEM EXAGERADA. PRÁTICA ABUSIVA E ATENTATÓRIA À BOA-FÉ OBJETIVA. 1. Em se tratando de procedimento ou evento previsto no rol de coberturas obrigatórias previsto na RN 211/10 da ANS, deve a operadora obedecer aos prazos máximos de atendimento previstos na RN 259/11. 2. No caso de indisponibilidade de profissional credenciado, a operadora deve garantir as suas expensas, o tratamento em profissional não credenciado no município do consumidor na forma do art. 4ª, § 1º da RN 259/11 da ANS. 3. Somente no caso da inexistência de profissionais aptos ao tratamento no município, credenciados ou não, é que se poderá encaminhar o usuário para tratamento fora, porém, seguindo o roteiro estabelecido pelos art. 4º a 6º da RN 259/11 da ANS. 4. Realizado o tratamento às custas do consumidor é devido o reembolso, ex vi do art. 9º da RN 259/11 ANS. Infração à Lei 8.078/1990: art. 39, V, e VIII, art. 51, IV e § 1º, I, II, e III. Reclamação fundamentada com aplicação de multa.

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 2º, 3º, inciso VI, 4º, inciso I e § 1º, e art. 9ª da Resolução Normativa nº 259/11 da ANS, que estabelece os prazos máximos de atendimento aos usuários de planos de saúde e as regras para os casos de indisponibilidade de profissional integrante da rede credenciada no local de atendimento do plano.

O consumidor, menor incapaz com diagnostico de autismo, legalmente representada por sua mãe, todos devidamente identificados nos autos, alegou no seu



relato inicial que, possui plano de saúde individual/familiar (AMB-HOSPT-OBS-ENFERM) da operadora Unimed Itajubá desde 07/07/17. (fl. 47-78)

Que por sido diagnosticado com autismo foi encaminhado para tratamento de “**Terapia Ocupacional**” (TO).

Que não conseguiu marcar as consultas por falta de disponibilidade dos profissionais credenciados na Unimed no município.

Que procurou a Unimed que lhe informou que o menor deveria ser encaminhado para cidade de Varginha ou Poços de Caldas para atendimento com profissional credenciado pela Unimed.

Informou a mãe que a criança frequenta escola no período vespertino e que necessita de 2 sessões de terapia ocupacional (TO) por semana e que seria inviável o deslocamento do menor para fora do município.

Que por conta da negativa da Unimed e para não prejudicar o tratamento do filho, procurou outro profissional no município e começou a arcar com o tratamento particular.

Ao final juntou os comprovantes (fl. 10) e requereu o reembolso dos valores pagos e o encaminhamento do menor para o tratamento através de profissionais da Unimed no município.

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 **fl. 12-78**, alegando que:

- no caso específico a Unimed disponibiliza para prestação dos serviços (de TO) na cidade de Itajubá duas colaboradoras que prestam serviços dentro da área de abrangência do contrato. (fl. 12)



- que não se trata de atendimento de urgência e nem de especialidade médica, que esteja obrigada a operadora a cumprir prazos para atendimento, conforme previsto na RN 259/11. (fl. 13)

- que cabia a reclamante agendar junto aos profissionais [...] o início dos atendimentos, de acordo com a agenda de cada um desses profissionais. (fl. 13)

- que a operadora não está obrigada a disponibilizar o profissional na cidade onde reside o beneficiário, mas sim na área de ação do contrato.

- Que somente no caso da não existência de profissionais na área de ação do contrato é que se aplicaria as regras da RN 259/11. (fl.13)

- que os casos de reembolso são apenas os relacionados aos casos de urgência e emergência. (fl.14)

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 fl. 108-109, seguindo o rito previsto nos artigos 33 e seguintes do Decreto Federal nº 2.181/97.

Assim, foi o fornecedor foi novamente notificado às **fl. 108**, desta vez, para comparecer a audiência de conciliação e apresentar defesa no prazo legal.

Defesa com documentos foi apresentada às **fl. 110-1117**, reiterando os mesmos pontos alegados na fase preliminar.

Na audiência (fl.118), presente o fornecedor, ausente o consumidor devidamente justificado às fl. 120-121, não houve proposta e não foi possível a composição.

Conforme certidão de **fl. 125**, desde a abertura da reclamação em 19/07/17 até a data de 06/09/17, o menor não havia sido atendido pelo convênio e sua



mãe encontra-se custeando o tratamento com recursos próprios junto a profissional não credenciado pelo Unimed, conforme recibos juntados.

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

É, o 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;***

.....

Quanto a cobertura do procedimento



O consumidor, menor de idade, é segurado de plano de saúde **regulamentado**, possui diagnóstico de autismo e necessita de tratamento de Terapia Ocupacional (TO).

Na pesquisa realizada no site oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (www.ans.gov.br> espaço do consumidor> o que seu plano deve cobrir), juntada às **fl. 80-83**, resta comprovado que o procedimento pleiteado pelo consumidor é de **cobertura obrigatória pelo plano de saúde**.

Além disso, o contrato entabulado entre as partes, juntado às **fl. 47-78**, também prevê expressamente essa cobertura às **fl. 53**, 4º parágrafo:

“A cobertura ambulatorial

[....]

*- **Consulta e sessões** com nutricionista, fonoaudiólogo e **terapeuta ocupacional** de acordo com o número de sessões estabelecido pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação médico assistente.”*

Nesse sentido, 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.*

Quanto ao prazo máximo de atendimento

Em se tratando de plano de saúde regulamentado e estando o procedimento previsto no rol de cobertura da ANS, a operadora se sujeita as regras e prazos previstos na Resolução Normativa nº 259/11 da ANS.



E nesse caso, a consulta ou sessão de Terapia Ocupacional (TO) está expressamente prevista no art. 2º, inciso VI da Resolução Normativa 259/11 da ANS, como evento que deve ser disponibilizado no **prazo máximo** de 10 (dez) dias:

*Art. 2º A **operadora deverá garantir** o acesso do beneficiário aos serviços e **procedimentos** definidos no **Rol de Procedimentos** e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, **no município onde o beneficiário os demandar**, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.*

*Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º **nos seguintes prazos**:*

[...]

*VI – consulta/sessão com **terapeuta ocupacional**: em até **10 (dez) dias** úteis;*

[...]

Portanto, afastada a tese da defesa sobre a questão de que não sendo o tratamento de urgência ou emergência, não se submeteria aos prazos da RN 259/11.

O objeto dos autos é o tratamento de Terapia Ocupacional, que como visto é de cobertura obrigatória (fl. 53 e 80-83) e se submete ao regime de prazos estabelecidos pela RN 259/11, que é de 10 (dez) dias úteis conforme art. 3º, VI da RN 259/11 (fl. 99).

Quanto a indisponibilidade de profissional credenciado do plano

No caso dos autos, a operadora argumenta que os profissionais credenciados pela Unimed, apenas dois, não estão disponíveis, devendo o consumidor aguardar a disponibilidade de agenda ou procurar outros profissionais da Unimed nas cidades de Poços de Caldas ou Varginha.

Ocorre que essa não é a regra estabelecida pela Resolução 259/11 da ANS.



Ao contrário, a RN 259/11 da ANS dispõe de forma clara que na hipótese da **indisponibilidade** de profissional integrante da rede do prestador no município pertencente a área de ação do plano, deve a operadora garantir o atendimento através de **profissional não credenciado no mesmo município** do segurado. (fl. 100)

Essa diretriz está expressamente prevista no **art. 4º, inciso I** da RN 259/11:

Subseção I
Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede
Assistencial no Município

*Art. 4º Na hipótese de **indisponibilidade de prestador** integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, **a operadora deverá garantir o atendimento em:** [\(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011\)](#)*

*I - **prestador não integrante da rede** assistencial **no mesmo município;** ou [\(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011\)](#)*

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. [\(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011\)](#)

*§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, **o pagamento** do serviço ou procedimento **será realizado pela operadora** ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. [\(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011\)](#)*

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. [\(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011\)](#)

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. [\(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011\)](#)

Os documentos juntados comprovam satisfatoriamente a condição médica da paciente bem como os fatos alegados sobre o tratamento realizado e a cobertura pelo plano de saúde.



Sobre esse aspecto, nenhuma das alegações do fornecedor encontra respaldo nas normativas pertinentes.

A legislação aplicável a espécie é a RN 211/11 que trata do rol de procedimentos de cobertura obrigatória e a RN 259/11 que trata da garantia dos prazos máximo para atendimento, ambas em vigor e expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão regulador competente.

A opção sugerida pela operadora de encaminhar o paciente para outro município só poderia ser adotada no caso da “**inexistência**” de profissionais credenciados ou não pelo plano, conforme regra expressamente estabelecida nos art. 4º a 6º, o que não é o caso, visto que o paciente encontra-se sendo regularmente tratado no município, através de profissional não integrante da rede Unimed. (fl. 10, 121, 122, 125 e 126)

Do direito ao reembolso

Conforme discorrido acima o consumidor tem direito ao tratamento de T.O. no município conforme as regras previstas no art. 4º da RN 259/11.

Não obstante, para garantir no devido tratamento ao filho, sua mãe teve que arcar com as despesas do tratamento em profissional não integrante da rede do plano, cujas expensas deveria ser suportada pela da operadora na forma do art. 4º, § 1º da RN 259/11 que prevê:

*§ 1º No caso de **atendimento por prestador não integrante da rede assistencial**, o **pagamento** do serviço ou procedimento será **realizado pela operadora** ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. [\(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011\)](#)*

Assim, tem direito o consumidor ao reembolso das despesas do tratamento conforme dispõe ao art. 9º da RN 259/11 da ANS:

*Art. 9º Na hipótese de **descumprimento** do disposto nos **arts. 4º, 5º ou 6º**, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a*



operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. [\(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011\)](#)

Destaco que o paciente registrou reclamação no Procon em 19/07/17 e até a presente data não foi encaminhado para tratamento pela operadora, seja através de profissional credenciado ou não, tendo que a responsável arcar com o tratamento com recursos próprios.

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 verificar a indisponibilidade de prestador integrante da rede credenciada da Unimed para o tratamento de TO, deveria o fornecedor no mesmo ato, encaminhar o paciente para outro profissional não integrante da rede e custear o tratamento até a eventual disponibilidade dos profissionais da Unimed, seguindo as regras estabelecidas pela ANS.

Registre-se ainda, o fato de estarmos lidando com menor incapaz, com estado de saúde que requer cuidados especiais, cujos responsáveis, são pessoas simples e de condição econômica limitada, portanto sem a menor condição encaminhar o filho para outros municípios.

Das infrações ao CDC

O comportamento do fornecedor não observou as regras da boa-fé objetiva, requisito obrigatório nas relações de consumo, prevista de forma expressa no art. 4º, III e 51, IV do CDC

Observo neste contexto que, ao não encaminhar o paciente para profissionais não integrantes da rede para tratamento de cobertura obrigatória, e ao negar o reembolso do tratamento custeado pelo consumidor, o fornecedor não respeitou as disposições do art. 14 da Resolução Normativa nº 211/10 e do art. 4º, 4º

Este documento foi assinado digitalmente por VINICIUS FONSECA MARQUES. Se impresso, para conferência acesse o site http://diariooficial.itajuba.mg.gov.br/upload/Unimed_0117-002.375-0.pdf



§ 1º e 9º da Resolução Normativa nº 259/11, 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**;

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.

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

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - PLANO DE SAÚDE - SESSÃO TERAPIA OCUPACIONAL - COBERTURA OBRIGATÓRIA - NEGATIVA - DANO MORAL CONFIGURADO. - Caracteriza dano moral indenizável a negativa de realização de tratamento de terapia ocupacional, previsto em Rol da ANS. - A fixação do valor da indenização por dano moral deve atender às circunstâncias do caso concreto, não devendo ser fixado em quantia irrisória, assim como em valor elevador a ponto de propiciar enriquecimento sem causa. (TJMG - Apelação Cível 1.0313.14.007432-6/001, Relator(a): Des.(a) Marco Aurelio Ferezini, 14ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 11/08/2016, publicação da súmula em 19/08/2016)

À luz do Código do Consumidor, a omissão da operadora em encaminhar o paciente para tratamento dentro do município em profissional de fora de sua rede, sugerindo o deslocamento da paciente a outro município em afronta as regras da RN 259/11 da ANS, 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.

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. Considerando as informações prestadas pelo fornecedor às fl. 117, considero a receita bruta anual de R\$ 4.202.000,00 (quatro milhões, duzentos e dois mil reais), 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, fixo a **pena base** em **R\$ 11.505,00** (onze mil, quinhentos e cinco reais).

Considero ainda a presença de **três agravantes**.

A contida no inciso I do art. 26 do Decreto 2181/97, por ser o infrator reincidente conforme certidão de fl. 126; a contida no inciso III, “*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. 26 do Decreto Federal 2.181/97 e art. 66 da Resolução PGJ nº 11/201, acrescento a pena mais a metade, e fixo-a, em **definitivo**, no valor de **R\$ 17.257,50** (dezessete mil, duzentos e cinquenta e sete reais e cinquenta centavos).

Isso posto, determino:



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

b) Na ausência de recurso, ou quando interposto, lhe tenha sido negado provimento, caso o valor da multa não tenha sido recolhido e comprovado nos autos, no prazo de 30 (trinta) dias, determino 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, 05 de dezembro de 2017.

Vinícius Fonseca Marques

Coordenador do Procon

Documento assinado digitalmente através de certificado digital emitido por autoridade certificadora acreditada pela ICP-Brasil.

Publicação: DOE 15/12/2017.

Comprovante: <http://diariooficial.itajuba.mg.gov.br/imprimircomprovante.php?id=11189>

Decisão: http://diariooficial.itajuba.mg.gov.br/upload/Unimed_0117-002.375-0.pdf