



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

AO JUÍZO DE DIREITO DA \_\_\_\_\_ VARA CÍVEL DO FORO CENTRAL DA  
COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ**<sup>1</sup>, por intermédio do Promotor de Justiça adiante assinado, com fundamento no artigo 129, inciso III, da Constituição Federal, 25, inciso IV, letra **a**, da Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, nos artigos 2º, inciso IV, letra **a**, 57, inciso IV, letra **b**, e 68, inciso V, 1, todos da Lei Orgânica Estadual do Ministério Público, bem como nos artigos 81, parágrafo único, incisos I e II, 82, inciso I, 83 e 91 do Código de Defesa e Proteção do Consumidor, lastreado na investigação carreada no Inquérito Civil n.º MPPR – 0046.11.006945-0, da Promotoria de Justiça de Defesa do Consumidor de Curitiba, vem perante Vossa Excelência propor a presente **AÇÃO COLETIVA DE CONSUMO** em face de **UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS**, endereço eletrônico [REDAZIDO] inscrita no CNPJ/MF sob o nº [REDAZIDO], com sede [REDAZIDO] [REDAZIDO] **CLINIPAM – CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**, endereço eletrônico desconhecido, inscrita no CNPJ/MF sob o nº [REDAZIDO], com sede na [REDAZIDO]

<sup>1</sup>consumidor@mppr.mp.br



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

[REDACTED] AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA  
INTERNACIONAL S.A, endereço eletrônico desconhecido, inscrita no CNPJ/MF sob  
[REDACTED], com sede na Rua [REDACTED],  
[REDACTED],

pelas razões de fato e direito a seguir expostas:

## 1. SÍNTESE FÁTICA:

A partir de notícia veiculada pela Gazeta do Povo, intitulada de "Obstetras cobram taxa extra para fazer parto"<sup>2</sup>, na qual constou a possibilidade de que os consumidores lesados procurassem o Ministério Público do Estado do Paraná, diversos e-mails chegaram ao conhecimento desta Promotoria de Justiça de Defesa do Consumidor de consumidores, beneficiários de planos de saúde, que teriam a realização do parto com o médico obstetra que lhe acompanhava condicionada ao pagamento de uma taxa extra, a ser paga a parte da mensalidade do plano de saúde, diretamente ao médico, denominada de "taxa de disponibilidade", ainda que o plano de saúde por eles contratados tivessem a cobertura obstétrica completa.

Visando instruir o feito, foi expedido ofício à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para que se manifestasse sobre o tema. Em resposta, a ANS encaminhou o Ofício nº 832 (anexo) retificando as informações anteriormente

<sup>2</sup> <http://www.gazetadopovo.com.br/economia/obstetras-cobram-taxa-extra-para-fazer-parto-c16n4rdovb5gzs58y4kbg28ge>



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

prestadas, em razão da manifestação do Diretor de Fiscalização – DIFIS dessa Autarquia, através do qual esclareceu “*que a celebração de contratos de disponibilidade, entre médico obstetra conveniado/cooperado/referenciado e paciente beneficiária de plano de saúde, não se encontra respaldada pela legislação de saúde suplementar vigente, e a cobrança de honorários particulares para realização de parto com cobertura garantida pelo plano de saúde, poderá implicar em infração a Lei nº 9656/98 e respectiva regulamentação pelas Operadoras de planos de saúde*”.

Tal retificação encontra respaldo no Ofício nº 11/2012/DIFIS/ANS/MS, através do qual o Diretor de Fiscalização da ANS entendeu que a apreciação da cobrança demandaria uma análise da natureza da cobrança pretendida pelo médico e uma interpretação teleológica do artigo 18, inciso I da Lei 9.656/98, que veda a discriminação, por parte do prestador credenciado à operadora de plano de saúde, aos usuários de determinada operadora em relação à outra operadora ou plano.

A partir dessa premissa, defendeu que a ideia do dispositivo “*é garantir plena isonomia de tratamento, por parte dos prestadores de serviço de saúde, em relação aos usuários de plano de saúde*”, de modo que a cobrança de honorários médicos diretamente ao paciente, além daqueles pagos pela operadora de plano de saúde, cria uma diferenciação de tratamento para quem paga esses honorários e acarreta em discriminação àqueles que não os paga.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Ademais, explicou que a exigência configura Crime contra a Economia Popular, conforme previsto no art. 2º, inciso II, da Lei 1.521/51, bem como que o fato de a SOCIMIG denominar a cobrança como de disponibilidade do médico obstetra o valor pago para o deslocamento, a qualquer momento, do médico obstetra quando a gestante entrar em trabalho de parto, não há justificativa a tais honorários, eis que o serviço descrito como disponibilidade *"nada mais é que o serviço do obstetra em qualquer parto que irá assistir."*

Deste modo, concluiu que a contratação entre médico e pacientes, ambos vinculados à operadora de plano de saúde, não encontra justificativa pois coincide com o objeto já contratado junto à operadora e, portanto, não atende ao princípio da boa-fé, de modo que *"a exigência dos referidos honorários médicos configurará, em tese, negativa de cobertura, tipificada no artigo 77 da já mencionada RN 124/2006, uma vez que não se terá garantido integralmente a assistência médica contratada pela usuária do plano de saúde"* e que as operadoras de planos de saúde são responsáveis pelos serviços oferecidos por seus prestadores aos seus beneficiários.

No intuito de apurar a conduta relatada, determinou-se a expedição de ofício a todas as operadoras de planos privados de saúde do Estado do Paraná que ofertam cobertura obstétrica para que se manifestassem, esclarecendo se repassam valores aos médicos obstetras referente aos honorários de disponibilidade.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Visando, assim, possibilitar que os consumidores fossem adequadamente informados acerca da ilegalidade da cobrança de taxas extras a pacientes que possuem planos de saúde, referentes a procedimentos de cobertura obrigatória, bem como possibilitar a fiscalização desta cobrança por profissionais credenciados aos planos, foi proposto Termo de Ajustamento de Conduta a todas as operadoras de planos de saúde do Estado do Paraná, no qual elas se comprometeriam nos seguintes termos:

**CLÁUSULA 1ª** – A **COMPROMISSÁRIA** compromete-se a exibir, em seu estabelecimento, cartazes que informem a ilegalidade da cobrança de taxas extras a pacientes que possuem plano de saúde, indicando o telefone de sua respectiva Ouvidoria para recebimento de denúncias;

§ 1º – Os cartazes deverão estar afixados, necessariamente, em todos os elevadores do estabelecimento, bem como nos locais de pagamento e nas recepções;

§2º – Deverão conter, necessariamente, a seguinte frase: “É ilegal a cobrança de qualquer quantia alheia à mensalidade, de paciente atendido por plano de saúde, salvo em casos de planos com coparticipação. Tire suas dúvidas ou realize suas denúncias junto à ouvidoria do hospital, do seu plano de saúde ou da ANS”.

§3ª – A frase citada no §2º deverá ser grafada negritada, atendendo, ainda, aos seguintes requisitos:

**I. Altura-x ou linha média:** mínimo de 1,0 cm. (distância entre a linha de base e o topo das letras minúsculas, sem ascendentes);

**II. Caractere:** máximo de 17-caracteres a cada 16 cm de linha de texto.

**III. Entrelinhas:** mínimo de 1,0 cm.

**IV.** Os caracteres não podem ser condensados ou ter o espaçamento entre letras reduzido, a ponto de se encostarem umas nas outras, salvo em caracteres unidos por ligaturas, como fi e fl, por exemplo;

**CLÁUSULA 2ª** – A **COMPROMISSÁRIA** compromete-se a encaminhar as reclamações relacionadas à situação aqui tratada, recebidas por sua Ouvidoria ou órgão correlato, à Promotoria de Justiça do Consumidor de Curitiba, em até



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

sete dias úteis do seu conhecimento;

Diversas operadoras que atuam no Estado do Paraná assinaram o referido TAC, o que, evidentemente, não foi o caso das que figuram como rés nesta demanda.

Ressalta-se que a redação da Cláusula 1ª não especificou a taxa extra a ser cobrada em razão de não ser a taxa de disponibilidade a única taxa que, embora de cobertura obrigatória, tem sido cobrada a parte dos beneficiários dos planos de saúde por médicos credenciados.

Tramitou perante a Promotoria de Justiça de Defesa do Consumidor e, posteriormente, foi apensado ao Inquérito Civil que deu origem a presente demanda judicial, o Inquérito Civil nº MPPR 0046.12.005608-3, instaurado a partir de representação formulada por consumidor que teve negado o reembolso dos valores referentes à taxa de instrumentação cirúrgica.

Outras duas representações encontram-se insertas no bojo do Inquérito Civil mencionado, com igual objeto.

Tal qual no caso na taxa de disponibilidade, a ANS se posicionou de maneira contrária a tal cobrança, sob o argumento de que os planos de saúde firmados na vigência da Lei nº 9656/98, ou adaptados à referida Lei, deverão garantir a cobertura de despesas referentes a internações hospitalares, ocorridas



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

nos casos cirúrgicos de cobertura obrigatória, incluindo os serviços gerais de enfermagem, tais como a instrumentação cirúrgica.

Por tais razões, conforme passará a se expor a seguir, deverão as operadoras de planos de saúde reembolsar os consumidores cobrados indevidamente por profissionais de sua rede credenciada ou autorizados, bem como adotar as providências cabíveis visando informar os consumidores e punir, conforme seu regulamento interno, os profissionais que realizem tais cobranças.

Ressalta-se, por fim, que as operadoras que figuram no polo passivo da presente demanda são aquelas que foram mencionadas por consumidores e que não celebraram Termo de Ajustamento de Conduta.

## 2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

### 2.1) DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MISTÉRIO PÚBLICO.

A Constituição Federal de 1988 atribuiu de forma expressa ao Ministério Público a competência para a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis<sup>3</sup>. Ainda é função institucional do Ministério Público, dentre outras, o ajuizamento da ação civil pública

<sup>3</sup>Art. 127 - O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros direitos difusos e coletivos<sup>4</sup>, a qual configura a legitimidade do Ministério Público para tutela dos direitos aos consumidores.

Para além da Constituição Federal, a legitimidade do Ministério Público para ajuizar a presente Ação Civil Pública também encontra amparo legal na Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, a qual dispõe no seu artigo 25 que *“Além das funções previstas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e em outras leis, incumbe, ainda, ao Ministério Público: [...] IV - promover o inquérito civil e a ação civil pública, na forma da lei: a) para a proteção, prevenção e reparação dos danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, e a outros interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos”*, bem como no artigo 2º, inciso, inciso IV, alínea “a”, da Lei Orgânica e Estatuto do Ministério Público do Estado do Paraná.

Portanto, extrai-se da legislação mencionada a legitimidade do Ministério Público para propor as medidas judiciais cabíveis e necessárias à proteção dos direitos constitucionais assegurados aos cidadãos, sejam os direitos coletivos ou os individuais indisponíveis e homogêneos.

<sup>4</sup>Art. 129 - São funções institucionais do Ministério Público:

III - promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos;

IX - exercer outras funções que lhe forem conferidas, desde que compatíveis com sua finalidade, sendo-lhe vedada a representação judicial e a consultoria jurídica de entidades públicas.





# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Em consonância com o disposto, o Código de Defesa do Consumidor, prevê em seus artigos 80 e 81 a legitimidade do Ministério Público para tutelar os direitos e interesses dos consumidores.

Diante do exposto, considerando a ampla gama de legislação mencionada, resta clara a legitimidade do Ministério Público para propor a presente ação para a defesa coletiva dos consumidores.

## 2.2 DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE PELOS ATOS PRATICADOS POR SEUS PREPOSTOS.

O Código de Defesa do Consumidor, em seu art. 34, dispõe que “O fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos”.

Tal artigo não deixa dúvida acerca da internalização, no âmbito do direito do consumidor, da responsabilidade solidária dos empregadores ou comitentes por seus empregados, serviçais e prepostos, já prevista no Código Civil Brasileiro, em seu art. 932.

Nesse sentido, inclusive, a própria ANS, ao emitir Nota nº 394/2014/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS, acerca da taxa de disponibilidade, informa que “poderá ser imputada **responsabilidade à operadora quando houver cobrança de honorários, a qualquer título, diretamente aos beneficiários por**”



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

parte de profissionais de saúde contratados, cooperados, credenciados ou referenciados, para procedimentos cobertos, cabendo apuração da infração e eventual aplicação de penalidade à operadora por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.”

O Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, ao julgar o Recurso Inominado autuado sob o nº 0012563-81.2015.8.16.0033, cuja operadora recorrida era a Unimed Curitiba, entendeu pela responsabilidade objetiva da operadora pelos atos praticados por seus médicos credenciados e integrantes de sua rede de assistência. Leia-se a ementa a seguir:

RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE. OBSTETRÍCIA. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DA PRESTADORA DE SERVIÇOS EM RELAÇÃO A ATO DE MÉDICO CREDENCIADO POR ELA QUE COBRA A DENOMINADA TAXA DE DISPONIBILIDADE, QUE CONSISTE EM COBRANÇA PELA REALIZAÇÃO DO PARTO INDEPENDENTEMENTE DOS VALORES JÁ PAGOS PELA CONSUMIDORA AO PLANO DE SAÚDE. A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE RESPONDE PELOS ATOS PRATICADOS PELO MÉDICO CREDENCIADO E INTEGRANTE DE SUA REDE DE ASSISTÊNCIA, NOS TERMOS DO ARTIGO 34 DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. COBRANÇA INDEVIDA PORQUE NÃO PREVISTA NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. DEVER DE INDENIZAR OS DANOS (MORAL E MATERIAL) CAUSADOS AO CONSUMIDOR. RESTITUIÇÃO EM DOBRO PELA INDEVIDA QUANTIA PAGA. ENUNCIADO N.º 7.1 DAS TURMAS RECURSAIS: RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA – DEVER DE INDENIZAR OS DANOS MATERIAIS E MORAIS CAUSADOS AO CONSUMIDOR. DANO MORAL CONFIGURADO. SENTENÇA REFORMADA. Recurso conhecido e provido.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

(TJPR - 2ª Turma Recursal - 0012563-81.2015.8.16.0033 - Pinhais -  
Rel.: Siderlei Ostrufka Cordeiro - J. 14.03.2018)

Este entendimento, inclusive, encontra-se em consonância com o já  
firmado pelo Superior Tribunal de Justiça.

RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. CONSUMIDOR. CIVIL.  
RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS OPERADORAS DE PLANO DE  
SAÚDE. ERRO MÉDICO. DEFEITO NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO.  
DANO MORAL RECONHECIDO. VALOR DA INDENIZAÇÃO.  
MAJORAÇÃO. RECURSO PROVIDO.

(...)

2. Se o contrato é fundado na prestação de serviços médicos e hospitalares próprios e/ou credenciados, no qual a operadora de plano de saúde mantém hospitais e emprega médicos ou indica um rol de conveniados, não há como afastar sua responsabilidade solidária pela má prestação do serviço.

3. A operadora do plano de saúde, na condição de fornecedora de serviço, responde perante o consumidor pelos defeitos em sua prestação, seja quando os fornece por meio de hospital próprio e médicos contratados ou por meio de médicos e hospitais credenciados, nos termos dos arts. 2º, 3º, 14 e 34 do Código de Defesa do Consumidor, art. 1.521, III, do Código Civil de 1916 e art. 932, III, do Código Civil de 2002. Essa responsabilidade é objetiva e solidária em relação ao consumidor, mas, na relação interna, respondem o hospital, o médico e a operadora do plano de saúde nos limites da sua culpa.

4. Tendo em vista as peculiaridades do caso, entende-se devida a alteração do montante indenizatório, com a devida incidência de correção monetária e juros moratórios.

5. Recurso especial provido.

(REsp 866.371/RS, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 27/03/2012, DJe 20/08/2012)



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Deste modo, compete às operadoras de planos de saúde, sempre que seus beneficiários forem cobrados indevidamente, por médicos a ela atrelados, referente a procedimentos de cobertura obrigatória, realizar o reembolso e, ainda, adotar as providências cabíveis em face dos profissionais a ele credenciados, visando coibir que tal cobrança volte a ocorrer.

**Ressalta-se, inclusive, que o reembolso dos valores pagos indevidamente pelos consumidores deverá ser realizado na forma prevista no art. 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor – reembolso em dobro.**

Na Nota já mencionada, a ANS informa que, tendo em vista a contratualização entre operadora de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços médicos, é admitida a inclusão de cláusula contratual prevendo o desligamento, por iniciativa da operadora, de seu cooperado, credenciado ou referenciado, caso este venha a cobrar honorários diretamente aos beneficiários de procedimentos que façam parte da cobertura mínima obrigatória.

Inclusive, em seu *site*<sup>5</sup>, a ANS postou nota orientando o que ser feito pelos consumidores nos casos de cobrança da taxa de disponibilidade. Tal orientação torna explícita a responsabilidade da operadora por qualquer tipo de cobrança de procedimentos de cobertura obrigatória. Leia-se:

<sup>5</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2882-cobranca-de-taxa-de-disponibilidade-para-acompanhamento-de-parto-e>



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

## O que fazer em casos de cobrança

Ao se deparar com cobrança desse ou de qualquer tipo (grifo nosso), o consumidor deverá relatar o fato à sua operadora de plano de saúde que deverá tomar as devidas providências. É importante solicitar à operadora o protocolo desse atendimento.

No caso de a operadora não tomar providências, de posse do protocolo o consumidor poderá fazer uma reclamação na ANS, por meio dos contatos a seguir. A operadora será notificada e poderá inclusive ser multada, caso constatada a infração.

Para entrar em contato com a ANS, os consumidores podem utilizar as seguintes opções:

- Acessar o site da ANS (<http://www.ans.gov.br>), clicar no link "Central de Atendimento ao Consumidor" e, em seguida, em "Formulário de Atendimento", fazendo sua reclamação ou consulta.
- Ligar para o Disque ANS - 0800 701 9656 (ligação gratuita).
- Dirigir-se a um dos Núcleos da ANS existentes em 12 cidades brasileiras. Confira os endereços.

Deste modo, seja sob a ótica do direito do consumidor, seja sob a ótica da legislação que rege o setor de saúde suplementar, deve a operadora de planos de saúde responsabilizar-se pelos atos dos médicos a elas credenciados/referenciados/cooperados, seja sob a ótica preventiva – de tomar providência contra os profissionais que realizem tais cobranças –, seja sob a ótica corretiva – de reembolsar os consumidores que foram cobrados indevidamente e já realizaram o pagamento, em dobro.

## 2.3 DA ILEGALIDADE DA COBRANÇA DE TAXAS EXTRAS, DIRETAMENTE AOS CONSUMIDORES BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE, REFERENTES A PROCEDIMENTOS DE COBERTURA OBRIGATÓRIA.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

A Lei Federal nº 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), a qual se submetem as operadoras de planos de saúde que atuam no território nacional, prevê em seu art. 1º, §1º, que estas estão subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. No seu art. 10, a Lei dos Planos de Saúde informa que o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreende partos e tratamentos, dentre outros serviços médicos.

Prevê, ainda, em seu art. 12, as exigências mínimas a serem atendidas pelas operadoras dos planos de saúde.

Art.12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

**c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;**

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezóito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

Por força do art. 10, §4º, da referida Lei Federal, a ANS, no âmbito de suas atribuições, editou a Resolução Normativa RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, atualizando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde.

Nesta resolução, a ANS corrobora o já relatado ao prever em seu art. 20 que *“A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.”*

Tanto no art. 10 da Lei dos Planos de Saúde quanto na Resolução Normativa nº 428/2017, editada pela ANS, são elencadas, de maneira taxativa, as exclusões assistenciais permitidas, não sendo possível encontrar nesta lista



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

qualquer referência à taxa de disponibilidade e aos serviços do instrumentador cirúrgico, o que traduz a impossibilidade de que as operadoras de planos de saúde não realizem esta cobertura.

Não poderia ser diferente, vez que o Anexo I da RN nº 428/2017 – Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018 – lista como sendo de cobertura obrigatória a assistência ao trabalho de parte, o parto por via vaginal e parto cesariano, entre outros procedimentos a ele relacionados, bem como que, ao listar demais procedimentos cirúrgicos não ligados ao parto, não prevê a cobertura de partes isoladas destes, mas sim de sua integralidade, de modo que todo e qualquer elemento indispensável à sua realização deverá ser coberto pelas operadoras de planos de saúde.

Em ambos os casos, a agência reguladora a quem compete, por força de lei, regular o setor de Saúde Suplementar no país se posicionou de maneira contrária a cobrança de taxas extras diretamente aos beneficiários dos planos de saúde, referente a procedimentos de cobertura obrigatória.

No caso da taxa de disponibilidade, a ANS, através do Ofício nº 832 NUCLEO-PR/DIFIS/2012 e do Ofício nº 11/2012/DIFIS/ANS/MS, defendeu que a celebração de contratos de disponibilidade entre médico obstetra conveniado/cooperado/referenciado e paciente beneficiária de plano de saúde não se encontra respaldada pela legislação de saúde suplementar vigente, podendo tal cobrança implicar em infração a Lei nº 9.656/98, seja porque esta cobrança





# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

ofenderia a isonomia de tratamento, por parte dos prestadores de serviço de saúde, em relação aos usuários de plano de saúde, seja por esta não possuir justificativa, vez que *"tudo o que é descrito como serviço de disponibilidade nada mais é que o serviço do obstetra em qualquer parto que irá assistir"*.

O posicionamento acerca da ilegalidade da taxa de disponibilidade foi reiterado pela ANS por duas vezes em notas publicadas em seu *site* e através da Nota nº 394/2014/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS (docs. anexos).

No caso do valor cobrado do consumidor a título de instrumentador cirúrgico, a ANS, através do Ofício nº 1306/NUCLEO PR/DIFIS/ANS afirmou que, nos planos firmados na vigência da Lei nº 9.656/98 ou a ela adaptados, as operadoras de planos de saúde deverão garantir a cobertura das despesas referentes a internações hospitalares ocorridas nos casos cirúrgicos de cobertura obrigatória, incluindo os serviços de enfermagem, tais quais a instrumentação cirúrgica.

A conduta dos médicos cooperados/credenciados/referenciado afronta, ainda, o Código de Defesa do Consumidor, configurando prática abusiva, nos termos dos incisos II, IV e VIII, art. 39, do Código de Defesa do Consumidor.

A configuração da prática abusiva prevista no inciso II, que prevê ser prática abusiva a recusa a atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

e costumes, ocorre em razão dos médicos ligados às operadoras de planos de saúde negarem a realização do parto ou de outro procedimento cirúrgico caso o consumidor não realize o pagamento da taxa de disponibilidade ou taxa do instrumentador cirúrgico, muito embora tais custos, por força de lei e do próprio contrato entre o médico e as operadoras devam ser reembolsados apenas por esta última.

A configuração da prática abusiva prevista no inciso IV é mais evidente ainda. O médico, valendo-se da relação de confiança estabelecida junto ao consumidor e do seu estado de saúde – gestação ou doença que demanda a realização de ato cirúrgico – realiza a cobrança de taxas extras para que ele possa realizar o parto ou o ato cirúrgico, de modo que, caso esta “confiança” não seja remunerada, o médico não realiza o procedimento, coagindo, assim, o consumidor ao pagamento, ainda que tal cobrança seja abusiva.

Por fim, a configuração da prática abusiva prevista no inciso VIII ocorre em razão das operadoras de planos de saúde manter em seu quadro de profissionais credenciados/referenciados que realizam a cobrança de taxas extras, ainda que vedadas pela legislação e pelos contratos de prestação de serviços celebrado entre a operadora e o médico ou de não reembolsarem os consumidores cobrados indevidamente, prática está em desacordo com as normas expedidas pelo órgão oficial competente – ANS.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Em nenhum momento durante a instrução do Inquérito Civil nº MPPR 0046.11.006945-0 as rés comprovaram orientar seus médicos obstetras, informar seus consumidores, realizar reembolsos e/ou adotar as providências cabíveis em face dos profissionais que realizam a cobrança da taxa de disponibilidade.

É necessário evitar que o consumidor fique refém de uma cobrança que, além de ilegal, decorre na maior parte dos casos de cobranças extras de uma insatisfação dos médicos credenciados/referenciados com os valores recebidos da operadora de planos de saúde.

### 2.3.1 – Da taxa de disponibilidade

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, por intermédio da Nota nº 394/2014/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS esclareceu, dentre outras coisas, o que abaixo se transcreve:

- A Lei 9656/98 em seu art. 12, inciso II, alínea c, estabelece que a cobertura de despesas referentes a honorários médicos deve ser **obrigatoriamente coberta** pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para eventos que ocorram durante a internação hospitalar, incluindo a internação hospitalar em obstetria.
- A Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013, que constituiu a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, define, em seu Art. 22, que o plano hospitalar com obstetria,



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

compreende toda a cobertura hospitalar definida no Art. 21 daquela RN, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, de modo que as despesas referentes a honorários médicos necessários a essas etapas da atenção perinatal, incluindo a internação hospitalar para a assistência ao parto, devem ser necessariamente cobertas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, garantindo a integralidade das ações em saúde, respeitando a segmentação contratada.

- Ressalta-se que a cobrança de taxa de disponibilidade vai de encontro aos princípios do Código de Defesa do Consumidor (CDC), os quais são aplicáveis subsidiariamente aos contratos de planos privados de assistência à saúde, em especial, o da vulnerabilidade do consumidor, o da interpretação mais favorável ao mesmo, e o da presunção de sua boa-fé.

Deste modo, conforme amplamente demonstrado, a cobrança da taxa de disponibilidade é ilegal, violando a Lei dos Planos de Saúde, a Resolução Normativa ANS nº 428/2018 e o Código de Defesa do Consumidor.

Não fosse suficiente, ela viola a boa-fé e é utilizada como subterfúgio pelos profissionais obstetras para aumentar a sua remuneração, haja vista que estes entendem que os valores repassados pelas operadoras de planos de saúde são irrisórios e não os remuneram como deveriam.

Deste modo, não obtendo sucesso em seus pleitos junto às operadoras de planos de saúde por melhores remunerações, os profissionais da área médica – neste caso, os obstetras – valendo-se da relação de confiança



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

paciente-médico, repassam aos consumidores, parte hipossuficiente desta relação, os ônus de pagar o valor que eles entendem que lhe é devido.

Assim, a taxa discutida nada mais é do que uma dupla remuneração mascarada de um “plus” no serviço obstétrico de realização do parto, consistente na disponibilidade do médico à gestante.

Tal conclusão pode ser extraída tanto da notícia anexada ao Inquérito Civil nº MPPR 0046.11.006945-0, veiculada no dia 5 de maio de 2013 pelo jornal Gazeta do Povo, intitulada de “Taxa para cesárea vira prática nos planos privados”, quanto de diversas outras notícias extraídas de *sites* de outros jornais e anexadas a esta petição inicial.

Desta primeira notícia, extrai o trecho que demonstra o alegado:

De acordo com mulheres entrevistadas pela reportagem, a cobrança gira em torno de R\$ 1,5 mil. Caso a gestante não aceite ou não possa pagar a taxa, o médico afirma que o parto será feito por um plantonista. Em muitos casos, a cobrança só é feita alguns dias antes do procedimento.

A discussão não é nova, mas antes se referia a uma cobrança extra apenas no caso de a mãe desejar o parto normal. **Com o argumento de que os planos de saúde pagam valores irrisórios aos médicos e de que um parto pode durar até 12 horas, o Conselho Federal de Medicina autorizou a cobrança.** Agora a taxa vem aparecendo no caso das cesáreas, mesmo após o próprio CFM afirmar, em sua defesa na época, que a cobrança extra para partos normais incentivaria os médicos a fazer menos partos cirúrgicos. Atualmente, 80% dos



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

procedimentos na rede privada de saúde são cesarianas, quando o recomendado pela OMS é uma média de 15%.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC também apurou<sup>6</sup> junto ao CFM que a justificativa para tal cobrança era o fato das operadoras pagarem valores considerados pelo Conselho como baixos para um trabalho de parto.

Em matéria veiculada no *site* do Jornal R7<sup>7</sup>, uma consumidora denominada Larissa relata a pressão psicológica sofrida para pagamento da referida taxa e que seu médico culpou as operadoras de planos de saúde que lhe pagam pouco, ao relatar que: *“Com a maior cara de pau ele culpou os planos de saúde que pagam pouco aos médicos. A gente cobra um complemento, sabe como é..... coisa de R\$ 7.000, 8.000”*. A consumidora entrevistada informou, ainda, que ao lhe ver chorar o médico reduziu a taxa para R\$ 4.000,00.

Já em matéria veiculada no *site* do jornal Estadão<sup>8</sup>, escrita pela jornalista Rita Lisauska, há relato de outras consumidoras que foram cobradas sob a justificativa de que os planos não os remunerariam conforme suas expectativas. É o caso abaixo, extraído desta matéria:

<sup>6</sup> <https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/cobranças-extras-relacionadas-ao-parto-podem-ser-consideradas-práticas-abusivas>

<sup>7</sup> <https://noticias.r7.com/saude/cobranca-por-parto-e-operacao-padrao-em-planos-de-saude-diz-medico-21052015>

<sup>8</sup> <https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/fui-derrotado-minha-filha-nascera-de-parto-cesariano-desabafa-pai-no-facebook/>



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Era quase meia-noite do dia 7 de abril quando o gestor de eventos Bruno Oliveira Caldas Monteiro, 32 anos, escreveu um desabafo no Facebook. *“Fui oficialmente derrotado. Minha filha nascerá de parto cesariano. Não por opção minha ou da mãe, cuja palavra deveria ser lei, mas pela maneira como as coisas são feitas nesse país”*, afirmava. O pai de Catarina, que deve nascer em maio deste ano, contava que a esposa, **a autônoma Jéssica de Moura Vidal, 24 anos, tem plano de saúde mas três obstetras que a atenderam afirmaram que só fazem parto normal se receberem “por fora”**. Segundo ele, os valores cobrados vão de 7 a 10 mil reais. Duas das três médicas também disseram que não emitiam nota desse valor para que eles tentassem reembolso do plano de saúde. Só a atual médica de Jéssica concordou em fornecer recibo. **“Uma delas me disse que é o procedimento padrão, que todos os médicos cobram por fora porque o plano paga pouco”**, conta. As obstetras, contudo, afirmaram fazer o parto pelo plano de saúde, sem nenhuma cobrança extra, se o casal aceitar a cesariana, em data marcada de acordo com a agenda delas.

No mesmo sentido é o relato da consumidora Danielle Lei Umeo (anexa), que formulou representação perante o Ministério Público do Estado do Paraná. Muito embora a representação não fosse em face de nenhuma das operadoras rés – era em face de operadora na modalidade de autogestão – serve para demonstrar que as gestantes têm ciência das reais razões desta cobrança e ficam reféns de questões comerciais que deveriam ser dirimidas entre as operadoras e seus médicos credenciados/referenciados.

Tal cobrança, além de lesar o consumidor no aspecto financeiro, lhe causa abalo psicológico, porquanto a gestante, em um momento tão importante e delicado de sua vida, acaba por pagar um valor com medo de que o serviço não lhe seja adequadamente prestado e coloque em risco a vida de seu filho.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Não fosse suficiente, as matérias acima deixam claro que não há nenhum critério para a cobrança desta taxa, que é sempre cobrada das gestantes, ainda que não seja prestada uma efetiva disponibilidade, como é o caso das cesáreas que são previamente agendadas junto aos obstetras.

Inclusive, por conveniência dos obstetras, tal como ocorreu no caso relatado pelo jornal Estadão e mencionado na matéria da Gazeta do Povo, há um incentivo à realização de cesarianas, o que deveria ocorrer apenas por critério médico e não por critérios financeiros do médico.

Ainda que à época do início da cobrança a defesa pudesse ser com ênfase no parto normal, onde não é possível prever a data e horário do parto, atualmente a taxa é cobrada pelos obstetras credenciados/referenciados pelos planos de saúde em qualquer parto. Inclusive, de maneira contrária a ética profissional, gestantes têm sido convencidas a realizar cesária – mais cômodas aos médicos – e, em alguns casos, ainda realizam o pagamento da taxa de disponibilidade, tal qual é o caso da consumidora Cristiane Tieppo, cuja reclamação foi acostada à fl. 13 do Inquérito Civil nº MPPR 0046.11.006945-0. Beneficiária do plano comercializado pela Unimed Curitiba.

Há que se pontuar também, que a tal disponibilidade, além de gerar uma desigualdade de atendimento dentro da rede credenciada/referenciada e de lesar os consumidores beneficiários dos planos de saúde, não possui critérios para a





# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

afixação de valores e muito menos para a prestação de serviços, haja vista que o obstetra que cobra pela disponibilidade muito provavelmente terá diversas gestantes sob a sua responsabilidade, não sendo possível precisar se duas ou mais delas precisarão do dito "serviço de disponibilidade" em um mesmo momento.

Inclusive, foi ajuizada pela Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Ação Ordinária autuada sob o nº 0025665-07.2015.4.03.6100, distribuída perante a 7ª Vara Federal Cível de São Paulo, cujo pedido era que a ANS reconhecesse a possibilidade de cobrança da taxa de disponibilidade. Nestes autos, a Juíza Federal Diana Brunstein rejeitou a pretensão formulada e julgou a demanda improcedente, pelos fundamentos abaixo:

Essa pretensa autonomia de vontade entre partes que não estão no mesmo patamar da relação contratual, mormente diante da vulnerabilidade da gestante e do desconhecimento dos meandros do parte acaba gerando uma situação de desequilíbrio.

Ademais, pelo fato de o profissional não poder garantir uma disponibilidade absoluta, esse comportamento, segundo discorrido pelo Ré em contestação, tem incrementado o número de partos cirúrgicos na rede de saúde suplementar.

Na realidade, conforme observado pela Procuradora da República Mariane Guimarães e Mello Oliveira (trecho da contestação), a cobrança da taxa de disponibilidade decorre de uma desconfiança da gestante quanto ao sistema de saúde e medo de não encontrar plantonistas e equipes qualificadas no momento do parto.

De certa forma trata-se de uma forma de coação do médico que acompanha o pré-natal, dando a entender que somente ele terá condições de dar bom andamento ao parto.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Veja-se que o profissional foi procurado por pertencer a uma rede credenciada de um plano médico, em cuja relação já está pré-estabelecido o valor a receber em decorrência do parto.

Assim, se quiser fazer o parto da segurada deve se sujeitar as regras do plano médico a que esta vinculado, não podendo cobrar um plus sob forma de uma pretensa taxa de disponibilidade.

Aliás, como já explicitado, trata-se de uma pseudo disponibilidade, pois nenhum profissional que atende diversos pacientes, pode assegurar que estará disponível 24 hs qualquer dia, qualquer hora, por qualquer período.

(...)

Essa mera análise mostra como essa disponibilidade é falaciosa e induz, como tem acontecido, a partos previamente agendados de acordo com s disponibilidade não da gestante, mas do médico.

Acaso não esteja de acordo com as regras e valores do convênio deve procurar "captar clientela" de outra forma, atendendo somente consultas particulares, onde poderá ajustar seus horários livremente, com pessoas que o procuram já cientes dessa disposição.

Uma paciente conveniada a um plano hospitalar com obstetrícia tem garantido o direito de fazer o parto, tanto normal como cesariana, sem pagar por honorários médicos. A responsabilidade desse custo é da operadora, desde que seja utilizada a rede credenciada.

A sentença acima deixa clara a situação real que permeia a cobrança da taxa de disponibilidade e a responsabilidade das operadoras rés em custear integralmente o parto de suas beneficiárias quando houver cobertura obstetrícia e de adotar medidas visando impossibilitar que seus médicos credenciados/referenciados não realizem as cobranças.

### 2.3.2 – Taxa de instrumentador cirúrgico.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Conforme notícia que chegou ao conhecimento do Ministério Público, o consumidor Augusto Onesko e sua esposa se submeteram a diversos procedimentos cirúrgicos, sendo que em todas as ocasiões lhes foram cobradas, diretamente pelos médicos, embora os recibos estivessem em nome das instrumentadoras cirúrgicas, taxas de instrumentador cirúrgico, em valores que variaram de R\$ 60,00 a R\$ 350,00.

Oficiada para se manifestar a respeito, a ANS esclareceu que a Classificação Brasileira de Ocupações, do Ministério do Trabalho e Emprego, reconhece a ocupação do instrumentador cirúrgico e a classifica na família "Técnicos e Auxiliares de Enfermagem", sob o nº 3222-25 ou "Instrumentador cirúrgico enfermeiro", sob o nº 2235-20.

Quanto ao instrumentador, esclareceu ainda que o Decreto nº 94.406/87, que regulamentou a Lei nº 7498/85 e dispõe sobre o exercício da enfermagem, preceitua em seu art. 11, inciso III, alínea "j" que o auxiliar de enfermagem "*executa atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe (...) circular na sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar*".

Também o Conselho Federal de Enfermagem publicou a Resolução COFEN 214/98, que dispõe sobre a instrumentação cirúrgica e resolveu, em seu art. 1º, "que a Instrumentação Cirúrgica é uma atividade de Enfermagem, não sendo, entretanto, ato privativo da mesma".



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Deste modo, concluiu a ANS que, nos planos de saúde firmados na vigência da Lei nº 9.656/98 ou adaptados a ela, as operadoras de planos de saúde deverão garantir a cobertura das despesas referentes a internações hospitalares, ocorridas nos casos cirúrgicos de cobertura obrigatória, incluindo os serviços gerais de enfermagem, tais como a instrumentação cirúrgica.

Pautou tal conclusão no art. 12, inciso II, alínea "c", da Lei dos Planos de Saúde – Lei Federal nº 9.656/98, o qual transcreve-se a seguir:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

II - quando incluir internação hospitalar:

(...)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

Todavia, além desta alínea, destaca-se a alínea "e", que prevê ser obrigatória a cobertura de **toda e qualquer taxa**, incluindo materiais utilizados e remoção do paciente.

Ora, a cobertura do instrumentador cirúrgico, além de decorrer da lei e do contrato firmado entre o consumidor e a operadora de plano de saúde, por



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

óbvio, é uma consequência lógica da cobertura do próprio procedimento cirúrgico, pois se o médico que o realizará entende como necessário, para a adequada realização da cirurgia, a presença de instrumentador cirúrgico, a negativa de cobertura desta taxa constitui negativa parcial de cobertura do próprio ato cirúrgico, pois se a operadora ou o próprio consumidor não realizar o pagamento, o médico não realizará o ato cirúrgico.

Inclusive, o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, ao julgar demandas individuais cujo pleito era o reembolso do valor pago a título de instrumentador cirúrgico, entendeu pela ilegalidade desta negativa. É o caso dos autos nº 0034498-50.2017.8.16.0182, referente à ação indenizatória proposta em face da Unimed Curitiba, no qual o Juiz Marcel Hoffmann, ao julgar o recurso inominado se posicionou nos seguintes termos:

RECURSO INOMINADO. SAÚDE. CONSUMIDOR.  
INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA. NEGATIVA. REEMBOLSO.  
PRECEDENTE DO STJ. ART. 12, II, ALÍNEA E DA LEI Nº. 9.656/98.  
ANÁLISE DO CASO CONCRETO. DANO MORAL NÃO  
CONFIGURADO. RECURSO PROVIDO EM PARTE.

2. Segundo jurisprudência do STJ sobre o tema, somente se o procedimento foi efetuado por profissional e hospital não credenciados e se tratar de procedimento eletivo é que seria lícita a negativa de reembolso pela operadora (Precedente: STJ, AgInt no AgInt no AREsp 899650/CE). Contudo, no caso, inexistente prova no feito de que não se tratava de rede credenciada. Desta forma, conclui-se que não foi legítima a negativa de reembolso.

**3. No mesmo norte é a orientação pública da ANS, em seu endereço da internet [<http://www.ans.gov.br/component/content/article?id=750:central-de-atendimentooqueoseu-plano-deve>], assim orienta:**



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

"Se o plano de saúde for "novo", ou seja, contratado a partir de 01/01/1999 e Se o seu contrato não tivero contrato der direito a reembolso (sic.), o mesmo deverá ser integral essa cláusula, a operadora de planos de saúde deverá garantir todas as coberturas contratadas, inclusive honorários de anestesista, auxiliares e instrumentador, na rede. Caso isso não seja feito, a empresa que vendeu o plano especificada no contrato credenciada estará descumprindo a legislação por não garantir a cobertura contratada e você poderá (grifei) comunicar à ANS."

4. Ademais, a despeito do alegado pela recorrente, a obrigatoriedade de arcar com esse custo nada tem de ilegal, pelo contrário, dado que o art. 12, II, alínea "e" da Lei nº.9.656/98 assegura a", incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do cobertura de toda e qualquer taxa paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos, no que selimites (sic.) de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;" inclui a despesa com honorários do instrumentador cirúrgico visto que consiste em despesa inserida no contexto das cirurgias realizadas pela parte requerente. Nesta toada, ilegal a previsão contratual de exclusão da hipótese de ressarcimento da despesa com instrumentação cirúrgica, sendo irrelevante que não seja considerado serviço médico propriamente dito.

5. Logo, concluo como devido o ressarcimento das despesas médico-hospitalares na forma determinada na sentença recorrida.

(...)

(TJPR – 2ª Turma Recursal - 0034498-50.2017.8.16.0182 - Curitiba - Rel.: Marcel Luis Hoffmann - J. 26.09.2018)

Em sentido semelhante foi o entendimento firmado nos autos nº 0007471-51.2017.8.16.0034, também referente à demanda indenizatória proposta em face da Unimed Curitiba.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Deste modo, resta evidente a ilegalidade da cobrança efetuada diretamente ao consumidor e/ou não reembolso desta taxa – tal qual como de outras referentes a procedimentos de cobertura obrigatória – pelas operadoras de planos de saúde.

## 2.4 DO DEVER DE INFORMAÇÃO

É direito básico do consumidor, nos termos do art. 6º, inciso III, do Código de Processo Civil, a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações.

Neste sentido, se revela de extrema importância que, com eventual sentença de procedência da ação, sejam os consumidores beneficiários dos planos de saúde das operadoras rés informados quanto a ilegalidade de cobrança de taxas extras relacionadas aos procedimentos de cobertura obrigatória, em especial a taxa de disponibilidade e a taxa de instrumentação cirúrgica.

É de posse desta informação que os consumidores, ao serem cobrados indevidamente, poderão buscar as operadoras para noticiar que médicos a elas cooperados/credenciados/referenciados estão agindo em desconformidade com a legislação, possibilitando, assim, a adoção de efetivas medidas repressivas em face destes profissionais, de modo a coibir esta conduta.



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Deste modo, necessário que julgada procedente a demanda, as requeridas sejam compelidas a informar seus beneficiários de seus termos.

## **6. DOS PEDIDOS:**

**Diante do exposto**, requer o Ministério Público:

1) Seja declarada a ilegalidade da cobrança da taxa de disponibilidade e taxa de instrumentação cirúrgica, realizada por médicos credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos de saúde requeridas;

2) Sejam condenadas as requeridas, sob pena de multa de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por descumprimento (valor a ser destinado ao FECON), às obrigações de fazer consistentes em:

a) reembolsar os consumidores que realizaram o pagamento da taxa de disponibilidade e/ou instrumentação cirúrgica, em valor igual ao dobro do que pagaram (artigo 42, parágrafo único, do CDC);

b) adotar as providências administrativas cabíveis, em face dos médicos credenciados, cooperados ou referenciados que realizaram ou vierem a realizar a cobrança da taxa de disponibilidade e/ou taxa de instrumentação cirúrgica.

3) Julgada procedente a demanda, sejam as requeridas obrigadas a informar aos seus beneficiários, por qualquer meio, mas individualmente, acerca da





# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

ilegalidade destas taxas e quais providências deverão adotar no caso de serem cobrados por elas;

4) A citação das requeridas, nos endereços indicados na inicial para, querendo, contestarem a presente ação e acompanhá-la até a sentença final, sob pena de revelia e assim presunção de veracidade dos fatos ora deduzidos;

5) Seja determinada a publicação de edital no órgão oficial, a que alude o artigo 94 do CDC, a fim de que os consumidores possam intervir no processo como litisconsortes, sem prejuízo de ampla divulgação pelos meios de comunicação social por parte dos órgãos de defesa do consumidor;

6) Requer-se a dispensa do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, diante do que dispõe o artigo 87 do CDC;

7) Protesta-se por provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, requerendo-se, desde já, que, diante da verossimilhança da alegação, seja determinada a inversão do ônus da prova, como admite o artigo 6º, inciso VIII, do CDC;

9) Solicita-se, por fim, sejam as intimações procedidas na forma dos artigos 180, §1º, do CPC e 41, inciso IV, da lei n.º 8.625/93, junto às Promotorias de Justiça do Consumidor de Curitiba, situadas na Rua Marechal Hermes, 751, Edifício



# MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Afonso Alves de Camargo, 4º andar, Centro Cívico, Curitiba/PR – CEP 80.530-230  
(telefone 3250-4912).

Dá-se à causa, para fins de alçada, o valor de  
R\$100.000,00 (cem mil reais).

Curitiba, 21 de fevereiro de 2019.



Maximiliano Ribeiro Deliberador

Promotor de Justiça