

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

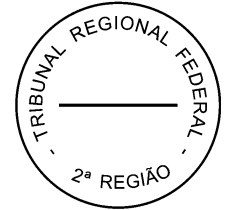
Nº CNJ : 0011510-61.2013.4.02.0000
RELATOR : DESEMBARGADOR FEDERAL ALUISIO MENDES
AGRAVANTE : **FEDERACAO NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - FENASAUDE**
ADVOGADO : SERGIO BERMUDES E OUTROS
AGRAVADO : **AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS**
PROCURADOR : SEM PROCURADOR
ORIGEM : VIGÉSIMA PRIMEIRA VARA FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (201351010223178)

DECISÃO

Trata-se de agravo interno interposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em face da decisão de fls. 476/484, que deferiu parcialmente o pedido de antecipação dos efeitos da tutela recursal, a fim de que a agência reguladora não considere, na avaliação da garantia de atendimento aos beneficiários pelas operadoras de plano de saúde, as reclamações que não foram objeto de análise, que tenham sido objeto de análise pela necessidade de realização de diligências e que tenham sido objeto de análise pela não obrigatoriedade de cobertura, até o julgamento em definitivo do presente agravo de instrumento.

A agência reguladora sustenta inexistência de periculum in mora a autorizar o provimento de urgência, na medida em que a Instrução Normativa nº 42, combatida por meio do presente agravo de instrumento, encontra-se em vigência desde 27 de fevereiro de 2013 e a demanda cautelar originária somente foi ajuizada em 12 de agosto de 2013, ou seja, quase 6 (seis) meses após o conhecimento da vigência do regulamento.

Ademais, alega ausência do fumus boni iuris para a concessão da medida liminar pleiteada, destacando, nesse diapasão, que a suspensão de comercialização de alguns dos produtos das operadoras de plano de saúde não constitui penalidade, mas uma medida administrativa cautelar preventiva e temporária, para evitar que uma operadora que já não esteja conseguindo atender aos seus beneficiários, aumente sua carteira de beneficiários, potencializando seu risco de atendimento e infringindo a regulação do setor. Assevera que quaisquer reclamações cujo objeto seja o atendimento fora dos prazos estipulados em resolução normativa configuram inadequação da rede assistencial da operadora e, conseqüentemente, obstrução do acesso à cobertura assistencial, caracterizada como uma negativa de atendimento e são apuradas de alguma forma.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

Sobre as reclamações objeto de monitoramento da garantia de atendimento, transcreveu-se trecho de nota técnica, segundo a qual: a) as demandas em que há resposta no sentido de que o problema foi resolvido e em que o beneficiário resta silente são inativadas e não são contabilizadas para o monitoramento da garantia de atendimento; b) todas as demandas consideradas para fins de monitoramento passam por análise fiscalizatória, seja na fase de análise técnica, seja na fase de análise conclusiva; c) cabe à operadora reclamada apresentar os documentos e informações à agência reguladora, capazes de fornecer subsídios para a análise da demanda pelos fiscais, de forma que, caso essa documentação não seja apresentada, a demanda é encaminhada para apuração, no âmbito do processo administrativo sancionador, devido a um comportamento deliberado da operadora no sentido de desrespeitar o normativo que regulamenta a mediação de conflitos, tendo sido destacado que o encaminhamento de demandas para novas diligências tem por pressuposto a existência de algum indício de infração; e d) as demandas classificadas como não procedentes não são objeto de monitoramento da garantia de atendimento.

É o relatório do necessário. Decido.

Preliminarmente, impende asseverar que, consoante o disposto no artigo 223, parágrafo único, incisos IV e V, do Regimento Interno deste Tribunal, não cabe agravo interno da decisão que, em sede de agravo de instrumento, atribui ou nega efeito suspensivo ou da que defere ou indefere pedido de antecipação da pretensão recursal. Veja-se:

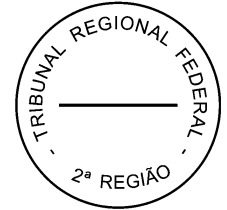
%Artigo 223 - A parte que se considerar agravada por decisão do Presidente do Tribunal, do Plenário, de Seção Especializada ou de Turma, ou por decisão monocrática de Relator, poderá requerer, dentro de 5 (cinco) dias, a apresentação do feito em mesa, para que o Plenário, a Seção ou a Turma, conforme o caso, sobre ela se pronuncie, confirmando-a ou reformando-a.

Parágrafo único. Não cabe agravo interno da decisão que:

I - defere ou indefere medida liminar em mandado de segurança;

II - inadmite recursos extraordinário, especial, ordinário em habeas corpus e ordinário em mandado de segurança;

III - converte o agravo de instrumento em agravo retido.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

IV - atribui ou nega efeito suspensivo ao agravo de instrumento; (Redação dada pela Emenda Regimental nº 21, de 1 de outubro de 2009)

V - defere em antecipação de tutela, total ou parcialmente, a pretensão recursal contida em agravo de instrumento. (Redação dada pela Emenda Regimental nº 21, de 1 de outubro de 2009)

Nessa esteira, o Superior Tribunal de Justiça já se pronunciou no sentido de que, com a alteração do artigo 527, do Código de Processo Civil, promovida pela Lei 11.187/2005, não cabe agravo interno de decisão que, no âmbito do agravo de instrumento, aprecia pedido de efeito suspensivo ou de antecipação da pretensão recursal, somente sendo possível sua reforma quando do julgamento do agravo de instrumento, ou se o relator a reconsiderar. Confira-se:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO CONTRA DECISÃO QUE DEFERIU ANTECIPAÇÃO DE TUTELA EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. IRRECORRIBILIDADE. ART. 527, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CPC. INAPLICABILIDADE DO ART. 39 DA LEI N. 8.038/1990.

1. Em atenção aos Princípios da Celeridade e da Razoável Duração do Processo (art. 5º, inciso LXXVIII, da Constituição Federal) a Lei n. 11.187/2005, modificando a sistemática do agravo de instrumento, introduziu no art. 527 do CPC alteração que vedou a interposição de recurso de decisão que conceder efeito suspensivo ou deferir, em antecipação de tutela, total ou parcialmente, a pretensão recursal.

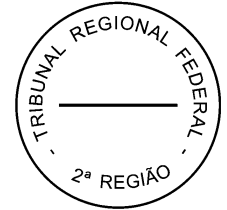
2. Incabível agravo interno de decisão liminar de relator no âmbito do agravo de instrumento. Decisão irrecorrível, somente passível de reforma no momento do julgamento do agravo, salvo se o próprio relator reconsiderá-la (art. 527, parágrafo único, do CPC) ou por meio de mandado de segurança.

3. Precedentes: RMS 25.949/BA, Rel. Min. Luiz Fux, Primeira Turma, julgado em 4.3.2010, DJe 23.3.2010; RMS 28.515/PE, Rel. Min. Benedito Gonçalves, Primeira Turma, julgado em 2.4.2009, DJe 20.4.2009; RMS 30.608/RN, Rel. Min. Castro Meira, Segunda Turma, julgado em 2.3.2010, DJe 10.3.2010.

4. Inaplicável ao caso interpretação analógica do art. 39 da Lei n. 8.038/90, ante a vedação expressa do art. 527, parágrafo único, do CPC. Agravo regimental provido.+

(STJ, Segunda Turma, AgRg no REsp nº 1215895/MT, Relator Ministro HUMBERTO MARTINS, publicado em 23/03/2011)

Confira-se, ademais, o seguinte precedente deste Tribunal:



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

PROCEDURAL CIVIL. AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO QUE INDEFERE PEDIDO DE ATRIBUIÇÃO DE EFEITOS SUSPENSIVO AO RECURSO. IRRECORRIBILIDADE. INTELIGÊNCIA DO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 527 DO CPC.

1. Consoante a dicção do parágrafo único do art. 527 do CPC, a decisão do tribunal que, liminarmente, converte em retido o agravo de instrumento (inc. II do art. 527) e a que defere ou indefere a antecipação dos efeitos da tutela em sede recursal ou o efeito suspensivo a agravo de instrumento (inc. III do art. 527) somente é passível de reforma no momento do julgamento do agravo, salvo se o próprio relator a reconsiderar.

2. O comando legal do parágrafo único do art. 527 do CPC, ao expressamente afastar a possibilidade de interposição de recurso nas hipóteses ali previstas (incisos II e III do art. 527), conduz ao não conhecimento do presente agravo interno.

3. Agravo interno não conhecido.+

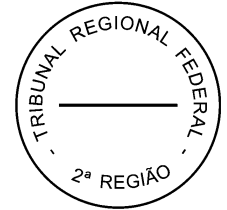
(TRF/2ª Região, Oitava Turma Especializada, AG 2011.02.01.000541-3, Relatora Juíza Federal Convocada MARIA ALICE PAIM LYARD, publicado em 14/03/2011)

Desta forma, recebo a petição de fls. 492/503 como pedido de reconsideração e passo, pois, à sua análise.

Inicialmente, por esclarecedora, transcrevo trecho da nota técnica elaborada pela Gerência de Articulação Interinstitucional da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar . ANS, juntada por ocasião da apresentação do presente pedido de reconsideração:

*"O fluxo da NIP prevê que após o prazo de resposta da operadora é realizado contato com o interlocutor/beneficiário com o objetivo de verificar se o problema relatado à ANS foi ou não resolvido. As demandas em que há resposta no sentido de que o problema foi resolvido, ou nas quais o beneficiário resta silente, são inativadas no Sistema Integrado de Fiscalização, sendo consideradas solucionadas no âmbito da NIP, recebendo a classificação 'INATIVA'. **Tais demandas não são contabilizadas para o monitoramento da garantia de atendimento, regido pela IN DIPRO nº 42/2012.***

Passam para a fase de análise fiscalizatória as demais demandas, ou seja, aquelas em que o beneficiário responde a esta agência que o problema relatado não foi resolvido ou foi resolvido fora dos prazos máximos previstos na Resolução Normativa nº 259/2011. (...)



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

A subseção I, da RN 226/2010, define o trâmite de análise às demandas cuja resposta da operadora indique a autorização ao procedimento pleiteado pelo consumidor. Nesse sentido, o artigo 12 prevê que as demandas com resposta da operadora autorizando a cobertura deverão conter documentação comprobatória da autorização, bem como comunicação com o consumidor ou interlocutor dando ciência da autorização pretendida. Quando a operadora informa à ANS que emitiu autorização ao procedimento, porém esta não é confirmada pelo consumidor, a demanda é encaminhada diretamente para abertura de processo administrativo sancionador, conforme previsto no artigo 14, §4º.

Já o artigo 16, da RN 226, define que as demandas NIP cuja resposta da operadora informe a manutenção da negativa de cobertura devem igualmente vir acompanhadas de documentação comprobatória da fundamentação apresentada e serão encaminhadas para a fase de análise conclusiva. Dessa forma, e segundo o artigo 18 da norma, a análise conclusiva poderá decidir: pela não-obrigatoriedade de cobertura (quando a demanda é finalizada por improcedência na NIP), pela necessidade de realização de diligências para a devida apuração dos fatos (encaminhada para abertura de processo administrativo sancionador) ou pela obrigatoriedade de cobertura (...)

Como se vê, o artigo 18 autoriza o encaminhamento de demandas NIP para novas diligências, não havendo, portanto, nenhuma incongruência nessa modalidade de encaminhamento para abertura de processo administrativo sancionador, tampouco qualquer dúvida ou questionamento quanto a este procedimento pelas operadoras, que já vem sendo aplicado dessa forma desde novembro de 2010.

Outra hipótese de encaminhamento para novas diligências se dá na ausência de resposta da operadora à NIP, conforme disposto no artigo 15 da norma (...)

Nesse sentido, cumpre esclarecer que as demandas NIP são encaminhadas para novas diligências, isto é, para a devida apuração dos fatos, nas situações em que o procedimento solicitado não foi autorizado/realizado e a documentação juntada à demanda não é suficiente para a conclusão quanto à obrigatoriedade ou não de cobertura do procedimento em análise. (...)



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

Ressaltamos novamente que o encaminhamento de demandas para novas diligências tem por pressuposto a existência de algum indício de infração, pois, caso, de plano, não haja nenhum indício de que a situação reclamada envolva uma prática infrativa, a demanda é prontamente finalizada pelo fiscal da ANS, por inexistência de infração, recebendo a classificação NIP 'NP' (Não Procedente), ainda que a operadora não tenha apresentado resposta à notificação. As demandas classificadas como não procedentes não são objeto de monitoramento da garantia de atendimento. (...)

No que concerne à utilização dessas demandas como base de dados para os monitoramentos realizados pela ANS, não há que se falar em irregularidade, já que, como exposto, o encaminhamento pressupõe a existência de indício de infração, a não realização do procedimento pelo beneficiário e a não apresentação, pela operadora, dos documentos obrigatórios, imprescindíveis para a análise da situação conflituosa estabelecida. (...)

Relativamente às demandas em que a análise entende pela não obrigatoriedade de cobertura, cabe esclarecer que estas são classificadas como não procedentes, ou seja, não são consideradas para fins de monitoramento da garantia de atendimento."

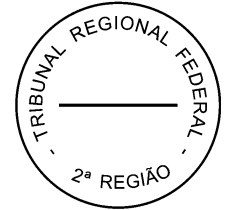
Afirmou-se, pois, que as demandas em que há resposta no sentido de que o problema foi resolvido, as demandas em que o beneficiário resta silente e as demandas classificadas como não procedentes não são contabilizadas para o monitoramento da garantia de atendimento.

Por sua vez, em relação àquelas reclamações em que, seja pela ausência de resposta da operadora de plano de saúde, hipótese prevista no artigo 15, da Resolução Normativa nº 226/10¹, seja pela conclusão da agência reguladora, após a

¹ Resolução Normativa nº 226/10:

%Artigo 15 - Na hipótese de ausência de resposta da operadora à notificação prevista no artigo 10, a ANS realizará contato com consumidor ou interlocutor para verificar se o procedimento foi devidamente autorizado.

§ 1º - Caso o consumidor ou interlocutor informe que não houve a autorização do procedimento, a demanda será encaminhada para abertura de processo administrativo para apuração de infração, após comunicação às partes.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

apresentação de resposta da operadora de plano de saúde, pela necessidade de realização de diligências, hipótese prevista no artigo 18, §2º, da Resolução Normativa nº 226/10², afirmou-se que elas são computadas negativamente na avaliação da garantia de atendimento, ao fundamento principal de que cabe à operadora reclamada apresentar os documentos e informações à agência reguladora capazes de fornecer subsídios para a análise da demanda pelos fiscais, de forma que, caso essa documentação não seja apresentada, a demanda é encaminhada para apuração, no âmbito do processo administrativo sancionador, devido a um comportamento deliberado da operadora no sentido de desrespeitar o normativo que regulamenta a mediação de conflitos.

As informações constantes da nota técnica encontram-se em consonância com o disposto no artigo 6º, da Instrução Normativa nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, que prevê expressamente que, na avaliação da garantia de atendimento, serão consideradas as demandas de reclamações encaminhadas para abertura de processo administrativo para apuração de infração:

Artigo 6º - O cálculo do indicador terá como fontes:

§ 2º - Na hipótese do consumidor ou interlocutor comunicar a autorização do procedimento pela operadora, a demanda será arquivada desde que não tenha havido prejuízo à saúde do consumidor em razão do lapso temporal entre a solicitação e a efetiva autorização do procedimento, após comunicação às partes.+

² Resolução Normativa nº 226/10:

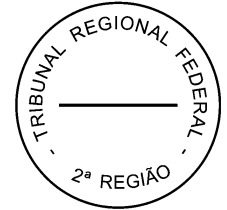
Artigo 18 - A análise conclusiva poderá decidir pela não-obrigatoriedade de cobertura, pela necessidade de realização de diligências ou pela obrigatoriedade de cobertura.

§ 1º - Concluindo pela não-obrigatoriedade de cobertura, a demanda será arquivada por inexistência de infração, após comunicação às partes.

§ 2º - Concluindo pela necessidade de realização de diligências para a devida apuração dos fatos, a demanda será encaminhada para abertura de processo administrativo para apuração de infração, após comunicação às partes.

§ 3º - Concluindo pela obrigatoriedade de cobertura, será aberto prazo de 1 (um) dia útil à operadora para que proceda à devida autorização do procedimento, podendo ocorrer três situações:

- a) caso a operadora autorize o procedimento, aplica-se o previsto no art.14 e seus parágrafos;
- b) caso a operadora mantenha a negativa de cobertura, a demanda será encaminhada para abertura de processo administrativo para apuração de infração, após comunicação às partes; ou
- c) caso a operadora não apresente resposta, a demanda será encaminhada para abertura de processo administrativo para apuração de infração, após comunicação às partes.+



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

I - as demandas de reclamações mencionadas no artigo 4º desta IN, geradas no período de avaliação e classificadas como Reparação Voluntária e Eficaz - RVE ou encaminhadas para abertura de processo administrativo para apuração de infração; e

II - o número médio de beneficiários no período de avaliação, de acordo com as mais recentes informações disponíveis, prestadas pela operadora de plano de assistência à saúde ao Sistema de Informações de Beneficiários - SIB da ANS.+

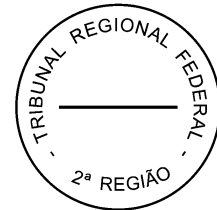
Verifica-se, pois, que situações nas quais ainda não foi constatada negativa indevida de cobertura, mas apenas determinado o encaminhamento para a abertura de processo administrativo para realização de diligências, são consideradas negativamente para fins de avaliação da garantia de atendimento.

E, nesse momento, cabe fazer uma distinção entre a situação em que a operadora de plano de saúde, embora notificada, não apresenta qualquer resposta e a situação em que a operadora de plano de saúde apresenta resposta acompanhada de documentação, mas a agência reguladora entende necessária a realização de diligências para apurar a ocorrência ou não de negativa indevida de cobertura.

No que se refere à primeira situação, em que a operadora de plano de saúde não apresenta resposta à notificação, não há qualquer impedimento para que a reclamação seja contabilizada para o monitoramento da garantia de atendimento, tendo em vista sobretudo a conduta omissiva da operadora de plano de saúde, a caracterizar um indício de infração no comportamento perante a fiscalização, que fica impossibilitada de formar um juízo, ainda que provisório, de responsabilidade ou não da operadora de plano de saúde.

Caso fosse determinada a exclusão de tais reclamações da avaliação de garantia de atendimento, poderiam as operadoras de plano de saúde se sentir estimuladas a não apresentar resposta à notificação, a configurar verdadeiro ato atentatório à fiscalização, o que não se coaduna, inclusive, com a urgência normalmente requerida nestes casos.

Por sua vez, no que tange à segunda situação, em que a operadora de plano de saúde apresenta resposta acompanhada de documentação, mas a agência reguladora entende necessária a realização de diligências para apurar a ocorrência ou não de negativa indevida de cobertura, não se revela razoável que, mesmo sem



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

a constatação da irregularidade, ou seja, sem qualquer juízo, ainda que provisório, acerca da responsabilidade da operadora de plano de saúde, haja computação de pontos negativos na avaliação da garantia de atendimento, sobretudo porque, nos autos do processo administrativo a ser instaurado, ainda serão feitas diligências, garantido o contraditório e a ampla defesa à operadora.

Cabe destacar, nesse contexto, que a Instrução Normativa nº 38, de 24 de maio de 2012, revogada pela Instrução Normativa nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, excluía expressamente do objeto de avaliação as reclamações que tenham sido objeto de análise pela necessidade de realização de diligências, senão vejamos:

Artigo 7º - Estarão sujeitas ao acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento as operadoras de planos de assistência à saúde que tenham registro de reclamações de beneficiários pela não garantia de atendimento.

§1º - As operadoras de planos de assistência à saúde classificadas na modalidade de administradora de benefícios não serão submetidas ao acompanhamento e avaliação de que trata esta IN.

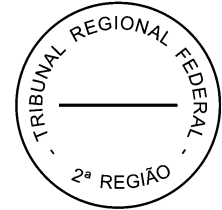
§2º - Não serão objeto de avaliação para fins de acompanhamento da garantia de atendimento as seguintes reclamações classificadas no âmbito da NIP:

I - as que não foram objeto de análise;

II - as que tenham sido objeto de análise pela necessidade de realização de diligências; e

III - as que tenham sido objeto de análise pela não obrigatoriedade de cobertura.+

A fim de ilustrar o entendimento até aqui exposto, imagine-se uma hipótese em que o segurado, em sua reclamação, apenas afirme que tem direito a determinado procedimento médico e que teve negada de forma indevida a cobertura, quando, na realidade, nem sequer iniciou o procedimento necessário perante o estabelecimento de saúde. Em tal situação, resta à operadora de plano de saúde reclamada somente esclarecer que não houve a solicitação do procedimento médico e juntar cópia do contrato, não havendo outros elementos probatórios a serem por ela produzidos, de forma que, muito provavelmente, a agência reguladora, ante a inexistência de elementos mais concretos, entenderá pela necessidade de realização de diligências a fim de averiguar a prática ou não de irregularidade pela



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

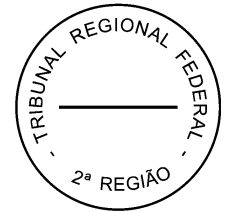
operadora de plano de saúde, restando evidente, neste exemplo, a impropriedade da computação negativa da reclamação para fins de avaliação da garantia de atendimento.

Com efeito, a consideração, no monitoramento da garantia de atendimento, de reclamações sem qualquer juízo, ainda que provisório, da agência reguladora acerca da responsabilidade da operadora de plano de saúde, pode desencadear o uso indevido do canal de comunicação da agência reguladora por operadoras de plano de saúde que, a título de exemplo, podem vir a estimular os segurados de operadora de plano de saúde concorrente a realizar infundadas reclamações, situação que desestabilizaria o equilíbrio e a credibilidade do sistema.

Ademais, a alegação de que a suspensão de comercialização de alguns dos produtos das operadoras de plano de saúde não constitui penalidade, mas uma medida administrativa cautelar preventiva e temporária, não afasta a conclusão até aqui alcançada, ante o seu evidente caráter restritivo e o fato de que, para a aplicação de medida cautelar, é necessária a probabilidade da existência do direito e o que se tem, nas reclamações encaminhadas para a realização de diligências, é somente a dúvida da agência reguladora acerca da prática ou não de irregularidade pela operadora de plano de saúde.

Importante esclarecer que, com a concessão da medida liminar, não se está negando o direito de a agência reguladora aplicar a medida de suspensão temporária da venda de planos de saúde pelas operadoras, mas somente estabelecendo que, do cálculo a ser realizado para determinar o índice de avaliação da garantia de atendimento, sejam excluídas as reclamações de segurados, formalizadas por meio de Notificações de Investigação Preliminar . NIPs, nas quais não houve ainda uma análise conclusiva, sendo necessária, pois, a realização de diligências para que se apure a prática ou não de irregularidade pela operadora de plano de saúde. Desta maneira, se excluídas as mencionadas reclamações e ainda assim o índice encontrado alcançar o valor estipulado pela agência reguladora, nada impede a aplicação da medida de suspensão da comercialização de alguns dos produtos das operadoras de plano de saúde, que, como asseverado pela agência reguladora, funciona como um meio de evitar que uma operadora que já não esteja conseguindo atender aos seus beneficiários, aumente sua carteira de segurados, potencializando o risco de atendimento e infringindo a regulação do setor.

Vale salientar, ainda, que as reclamações encaminhadas para realização de diligências poderão, posteriormente, ser computadas negativamente para fins de avaliação da garantia de atendimento, desde que, após o devido procedimento, seja constatada a prática de infração pela operadora de plano de saúde.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

Diante do até aqui exposto, deve ser deferido parcialmente o pedido de reconsideração formulado pela agravada, a fim de reduzir o âmbito da medida liminar anteriormente deferida.

As reclamações que não tenham sido objeto de análise e as reclamações que tenham sido objeto de análise pela não obrigatoriedade de cobertura devem ser excluídas do âmbito do deferimento da medida liminar uma vez que, conforme informado pela própria agência reguladora, tais reclamações já não são levadas em consideração na avaliação de garantia de atendimento, não tendo utilidade, portanto, determinar a não consideração de uma situação que já não é contabilizada.

Também devem ser excluídas do âmbito do deferimento da medida liminar as reclamações encaminhadas para a realização de diligências em razão da ausência de resposta da operadora de plano de saúde, as quais, conforme já fundamentado, podem ser computadas negativamente para fins de avaliação da garantia de atendimento.

Por fim, impende consignar, mais uma vez, que não se desconhece a importância do poder de fiscalização atribuído à agência reguladora, sobretudo a possibilidade de suspensão temporária da venda de planos de saúde pelas operadoras, apontada como uma medida cautelar que visa a resguardar o equilíbrio do sistema, na medida em que evita que uma operadora que já não esteja conseguindo atender aos seus beneficiários, aumente sua carteira de segurados. Entretanto, o que não se pode admitir é que a aplicação de uma medida restritiva leve em consideração reclamações em que não houve sequer um mínimo juízo de valoração pela agência reguladora, a qual necessita da realização de diligências para apuração acerca da ocorrência ou não de infração.

Ante o exposto, **defiro parcialmente o pedido de reconsideração formulado pela agravada**, a fim de reduzir o âmbito da medida liminar anteriormente deferida, para manter a exclusão da avaliação de garantia de atendimento, tão somente, as reclamações que tenham sido respondidas pelas operadoras de plano de saúde e em relação às quais a agência reguladora tenha opinado no sentido do encaminhamento para a realização de diligências, enquanto não houver um juízo conclusivo no sentido de que foi cometida infração por parte da operadora de plano de saúde.

Intimem-se com urgência.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

III - AGRAVO DE INSTRUMENTO

2013.02.01.011510-0

Após o transcurso do prazo para apresentação de contrarrazões, remetam-se os autos ao Ministério Público Federal, nos termos do disposto no artigo 527, inciso VI, do Código de Processo Civil.

Após, voltem-me conclusos.

Rio de Janeiro, 28 de agosto de 2013.

ALUISIO GONÇALVES DE CASTRO MENDES
Desembargador Federal