

**EXMO. SR. JUIZ DE DIREITO DA VARA EMPRESARIAL DA COMARCA DA CAPITAL- RJ**

**COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, vem, pela presente, por seus procuradores que esta subscrevem (M.I.), de acordo com o artigo 5º, inciso II, da Lei 7.347/85, c/c os artigos 82, inciso III e, 83 ambos do CDC, propor a presente

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA COM PEDIDO DE LIMINAR**

em face de **PLANO RIO SAÚDE LTDA.**, inscrito no CNPJ sob o nº 03.778.376/0001-10, estabelecido à Rua Visconde de Inhaúma, nº 38, 10º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, cep.: 200091-007, com fundamento nos artigos 6º, inciso VI; 30; 48 e 51, inciso XII e parágrafo 1º, inciso II todos da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e no artigo 273 do CPC, nos termos a saber:

**DA LEGITIMIDADE DO PÓLO ATIVO:**

Prevê o artigo 63 da Constituição Estadual: “O Consumidor tem o direito à proteção do Estado.”, por sua vez este mesmo artigo, em seu Parágrafo Único, dispõe que : “A proteção far-se-á entre outras medidas criadas em lei, através de : I – Criação de Organismos de defesa do Consumidor, VIII – Assistência Jurídica integral e gratuita ao consumidor, curadorias de proteção no âmbito do Ministério Público e Juizados Especiais Cíveis, obrigatórios nas cidades com mais de duzentos mil habitantes”.

Por sua vez, o art. 82, inciso III, da lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) concede legitimidade aos órgãos da administração pública, ainda que sem personalidade jurídica, mas que se destinem, especificamente, aos interesses e direitos por ela protegidos, para a representação em juízo na defesa de tais interesses.

A autora é um órgão técnico vinculado ao Poder Legislativo do Estado do Rio de Janeiro, com competência definida no respectivo regimento interno, para atuar e se manifestar sobre os assuntos relacionados ao consumo, suas relações e a defesa do consumidor, entre outros, e integra o Sistema Nacional da Defesa do Consumidor, nos termos do disposto no decreto federal nº2.181, de 20 de março de 1997.

## **DA LEGITIMIDADE DO PÓLO PASSIVO:**

**O PLANO RIO SAÚDE LTDA.**, conforme cláusula terceira de seu contrato social (DOC. 03), constitui sociedade que tem por objetivo a prestação de serviços na operação de planos privados de assistência à saúde e, como tal, desempenha atividade descrita no caput do **art.3º do Código de Defesa do Consumidor** e especificada em seu **par. 2º**, detendo, portanto, a condição de fornecedora de serviços.

**Art.3º: “Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.**

**Par.2º: Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.”**

**O PLANO RIO SAÚDE LTDA.** integra o pólo passivo da presente demanda em razão de ter descredenciado a quase totalidade dos serviços médico-hospitalares oferecidos a seus associados quando de sua contratação, sem respeitar princípios e normas do Código de Defesa do Consumidor, violando, por via de conseqüência, os direitos de seus associados.**(DOC. 01 e DOC.03).**

O Réu, ao contratar com os consumidores, ressaltou o número e a qualidade de profissionais e empresas de saúde a ele credenciadas, constituindo esse fato fator de seu prestígio no mercado.

Seduzidos por estes dados, consumidores se associaram ao Réu. No curso do contrato, entretanto, como restará comprovado adiante, clínicas e hospitais foram arbitrariamente descredenciados, retirando-se dos contratos as vantagens inicialmente previstas.

Quando os consumidores contrataram com o Plano Rio Saúde, escolheram-no para proteger suas famílias pelos anos posteriores, após análise das suas carências, e exclusões, assim como a rede conveniada, tomando por base as informações prestadas pelos prepostos da empresa. Tais informações foram fundamentais à decisão, integraram as relações contratuais, devendo ser cumpridas ao longo de toda a fase de execução do contrato.

A abusiva conduta do Réu de descredenciar serviços médico-hospitalares, sem substituí-los por outros da mesma espécie e sem informar previa e adequadamente seus associados – conforme será comprovado ao longo da exordial-, configura prática combatida pelo **Código de Defesa do Consumidor**, em seus arts. 6º, IV, 30, 48 e 51, XIII e § 1º, II.

Trata-se de procedimento tão prejudicial aos consumidores usuários de planos de saúde, que a Lei nº 9.656/98, a proibiu de forma expressa em um de seus dispositivos. Em que pese entendimento de não ser aplicável aos contratos antigos, dos quais trata a presente ação, o **art. 17, § 1º (alterado pela Medida Provisória nº 1.908-20)**, apenas tratou de forma específica de prática combatida de maneira genérica pelo **Código de Defesa do Consumidor**.

Sendo o demandado protagonista de relação de consumo, e estando o mesmo a atuar de maneira ilegal e abusiva no mercado consumerista, resta configurada, desta feita, a sua legitimidade para figurar no pólo passivo da ação ora aforada.

## **DOS FATOS:**

Aos seis dias do mês de outubro do corrente ano, à presente Comissão de Defesa do Consumidor foi informado, a partir de reclamação feita pelo **Sr. Marcio Elias Caldas**, associado do **PLANO RIO SAÚDE**, que este vinha “...descredenciando diversas clínicas, deixando os associados praticamente sem opções” (**DOC.01**). –**notif. Ou recl. Do Márcio**

O reclamante anexou à reclamação um abaixo-assinado (**DOC.01**) com assinaturas de mais de 90 (noventa) associados do Réu angariadas na sede da empresa nas diversas vezes em que lá esteve com o intuito não só de manifestar sua insatisfação com os transtornos que o Réu lhe vinha causando “nos últimos anos” com o descredenciamento arbitrário de estabelecimentos médico-hospitalares, como também de tentar evitar “o fechamento de mais uma das redes de atendimento” (**DOC. abaixoass** ) – grifo nosso.

O Reclamante, por ingenuidade ou, por inexperiência, não solicitou aos signatários que fizessem constar, ao lado das assinaturas, seus endereços e números de inscrição no Plano. Tal omissão, de qualquer forma, não interfere na prova, a ser feita adiante, de que a forma como as entidades foram descredenciadas prejudicou e continua a prejudicar a quase totalidade dos associados do Réu.

O texto do instrumento indica que fora redigido por pessoa juridicamente leiga, residindo sua importância no fato de que ter o condão de nos transportar à triste realidade dos que são traídos pela quebra do contrato por parte do plano de saúde a quem, após minuciosa seleção, entregaram a responsabilidade de zelar por sua saúde e pela de seus familiares. De seu conteúdo emergem sentimentos de impotência, insegurança e desespero daqueles que, em dia com suas obrigações, de uma hora pra outra se tornam mais um órfão do sistema de saúde suplementar, ficando sem saber a quem recorrer.

Instado a se manifestar sobre o conteúdo da reclamação que consubstanciou a presente ação, o Réu, qualificando-a de infundada e desprovida de provas, restringiu-se a acostar à sua resposta o que chama de “quadro comparativo” dos credenciamentos realizados entre os meses de janeiro e agosto do corrente ano. **(DOC. 02, DOC. 03 e DOC. 04) – resposta c/ quadro 1 e 2**

O Réu, na realidade, apresenta dois “quadros comparativos” correspondentes ao período compreendido entre os meses de janeiro e agosto de 2005, sendo o primeiro referente à “produção médica” e o segundo à “produção hospitalar”. **(DOC.03 e DOC. 04).** –quadros 1 e quadro 2

De acordo com o primeiro deles, 40 (quarenta) estabelecimentos eram responsáveis pela “produção médica” do Plano Rio Saúde em janeiro de 2005, sendo que em agosto do mesmo ano tal responsabilidade passou a ser de 74 (setenta e quatro) estabelecimentos **(DOC. 03) –quadro 1.**

Já com relação à “produção hospitalar”, 21 (vinte e um) estabelecimentos eram responsáveis pela mesma em janeiro de 2005, subindo este número para 33 (trinta e três) em agosto do mesmo ano. **(DOC.04 ). –quadro 2**

Importa ressaltar que não são informadas quais são as especializações oferecidas por cada estabelecimento elencados, independentemente do período do ano de 2005 em que tenham passado a integrar os quadros do Plano, nem a localização dos mesmos.

Além dos “quadros comparativos”, foi também anexada à resposta a lista de hospitais e clínicas que atualmente integram a Rede Referenciada do Plano Rio Saúde, informando a localização de cada uma e o tipo de atendimento oferecido **(DOC. 05) – lista de rede ref**

Antes do exame dos “livros” **(DOC. 05)** contendo a rede credenciada do Plano Rio Saúde, que configura verdadeira oferta com base na qual o consumidor exerce seu poder de escolha entre este ou aquele plano, mister se faz analisar, sucintamente, a resposta do Réu.

A notificação enviada pela Autora não se reporta a descredenciamentos que hajam ocorrido apenas no período de tempo compreendido entre janeiro e agosto de 2005, mas aos que vêm ocorrendo ao longo dos anos.

Apesar disso, fazendo-se de desentendido, o Réu, em sua resposta, informa ter

havido 107 novos credenciamentos no período acima, sem a indicação das especialidades (pediatria, emergências cardiológicas, ortopedia, por exemplo) e localização dos estabelecimentos, como se houvesse ingressado no mercado de consumo prestando serviços na operação de planos de assistência privada à saúde em janeiro de 2005... A resposta do Reclamado simplesmente não corresponde ao conteúdo da notificação que lhe foi enviada.

O Reclamado tinha conhecimento de que a notificação não se referia a período de tempo limitado não só pelo seu conteúdo, mas também porque dela constava o nome consumidor associado ao Plano, que, antes de trazer ao conhecimento desta Comissão a lesão que o Réu vem acarretando a inúmeros consumidores, já havia solicitado, em conjunto com pelo menos mais de 90 (noventa) associados, providências com relação ao desequilíbrio econômico de seus contratos em razão da redução da rede credenciada ao **longo dos últimos anos**.

O Plano Rio Saúde, Réu da presente demanda, nos informa, portanto, que entre janeiro e agosto do corrente ano, contava com 74 estabelecimentos responsáveis pela “produção médica”, 33 estabelecimentos responsáveis pela “produção hospitalar” e 37 hospitais e clínicas integrando sua Rede Referenciada (**DOC. 03 , DOC. 04 e DOC. 05**).

Quando se trata de descredenciamento arbitrário de serviços médico-hospitalares, é fundamental que se ressalte que o consumidor de saúde suplementar exerce o seu poder de escolha limitado à oferta de produtos e serviços médico-hospitalares, escolhendo o que melhor lhe convier, de acordo com a gama de serviços oferecidos, médicos, laboratórios, clínicas, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia credenciados/referenciados, sendo esta, senão a principal, uma das primordiais razões pela escolha deste ou daquele fornecedor.

As razões desta escolha constituem o fundamento da celebração do contrato, portanto, não se pode desviar deste foco ao analisar o presente caso, uma vez que o Réu, ao oferecer seus produtos e serviços médico-hospitalares interessados, elencou uma grande rede credenciada/referenciada de prestadores de serviços médicos e hospitalares, e tal “elenco” constitui, como já dito acima, razão de ser da celebração do contrato.

Ao contrário do que sustenta o Réu, da comparação entre o quadro de estabelecimentos médico-hospitalares credenciados em agosto de 2005 que anexou à sua resposta, com o **“Guia Médico Rio Saúde” (DOC.04)** apresentado aos potenciais associados no momento da oferta resulta a conclusão de que inúmeros estabelecimentos constantes deste último foram arbitrariamente descredenciados, sem a substituição por outros equivalentes, conforme determina o dispositivo legal *supra*.

O descredenciamento sem qualquer substituição é facilmente identificável diante do fato de ter o consumidor aderido a um plano de saúde que lhe oferecia cobertura em outras entidades da federação além do Estado do Rio de Janeiro, conforme indicado às folhas 56 a 60 do **“Guia Médico Rio Saúde” (DOC. )** e que atualmente só possui entidades credenciadas neste Estado. Se assim não fosse, o Réu, no “quadro” enviado em sua resposta, teria mencionado as entidades credenciadas em outros Estados, independentemente do “padrão diferenciado” (**DOC.**) pelo qual tenha optado o consumidor, já que não fez quaisquer ressalvas neste sentido em sua resposta (**DOC.**). A razão pela qual o Réu não mencionou, em seu “quadro comparativo” (**DOC.**), qualquer estabelecimento médico-hospitalar em outra unidade da federação é evidente e pode ser confirmada através

de telefonema para sua central de atendimentos: **apesar de haver firmado contratos incluindo a cobertura médico-hospitalar em outros Estados, toda a rede fora do Estado do Rio de Janeiro fora descredenciada, sem qualquer alteração nos valores das mensalidades – o que, de qualquer forma, não legitimaria aquele procedimento.**

A posição ocupada pela Ré no mercado de consumo, de operadora de planos de assistência à saúde, fornecedora, portanto, de serviços considerados diferenciados em razão da posição de dependência daqueles que com ela contratam, converte seu proceder, ora combatido, de abusivo para **desumano**.

Trata-se de contrato cujo objeto é um evento futuro, certo ou incerto; é a transferência de riscos referentes à futura necessidade. A relação contratual é movida pela busca de uma futura prestação caracterizada pela qualidade do serviço com a qual o consumidor sabe que poderá contar. Esta qualidade foi um dos fatores diferenciadores da oferta feita pela Ré e que despertaram a confiança do consumidor impelindo-o a contratar com a mesma.

Forma-se, na espécie, o que a doutrina denomina de relação contratual cativa, que torna os associados da Ré dependentes da manutenção da relação originariamente estabelecida, sob pena de verem frustradas todas as suas expectativas. A certeza de que os usuários aceitariam quaisquer novas imposições, ante as dificuldades enfrentadas quando da troca de plano de saúde, a Ré sentiu-se à vontade para, aos longo dos últimos 08 anos vir descredenciando clínicas, hospitais e médicos, sem realizar a devida substituição, não apenas quantitativa, mas, acima de tudo, qualitativa dos serviços disponibilizados quando da oferta e da contratação (DOC. , DOC. , DOC. e DOC. ).

Os descredenciamentos feitos pela Ré prejudicaram associados que com ela vêm contratando desde 1997 (ano a que corresponde o Livro 1, DOC. ), pois da comparação entre os serviços médico hospitalares oferecidos em cada Livro, resta evidente não ter havido credenciamentos que compensem quantitativa e qualitativamente as perdas.

O **Plano Rio Saúde**, nos contratos firmados com os usuários, faltou com a obrigação de prestar, mas, o que é mais grave, descumpriu uma obrigação de conduta, que pode ser definida como uma atuação conforme a boa-fé e o direito.

Quando o consumidor escolhe qual o plano de saúde deverá proteger sua família pelos anos posteriores, analisando quais são as carências, e as exclusões de cada tipo de plano, assim como a rede conveniada, toma por base as informações prestadas pelos prepostos da empresa. As informações são fundamentais para a sua decisão, integram a relação contratual futura e deverão ser cumpridas ao longo de toda a fase de execução do contrato.

Ao celebrarem contrato com a Ré, os consumidores transferiram-lhe os riscos referentes à futura necessidade de assistência médica ou hospitalar. Com isso, objetivavam a efetiva cobertura dos riscos futuros à sua saúde e de seus dependentes com adequada prestação dos serviços de assistência médica por algum dos estabelecimentos credenciados à Ré quando da celebração do contrato, tendo sido a qualidade dos serviços e localização daqueles, é certo, principais motivos que levaram os consumidores, ora associados, a optarem pelos serviços da Reclamada.

Nos contratos em questão existe uma incerteza relacionada apenas à “necessidade” da prestação, e não “se” e “como”, ou seja, com que qualidade e adequação ela deverá ser prestada. A prestação deve ser de forma a realizar as legítimas expectativas dos consumidores associados, que depositaram sua confiança na qualidade dos **serviços médicos conveniados**.

Ao consumidor, em razão da existência de inúmeras operadoras de planos de saúde no mercado, é possível realizar minuciosa pesquisa antes de escolher com qual irá contratar.

Diante de tantas ofertas, o consumidor fará a sua opção levando em consideração, em relação à rede médico-hospitalar credenciada, fatores como: localização das clínicas e hospitais, qualidade dos serviços, variedade de especialidades disponibilizadas e abrangência territorial da cobertura.

Preços, períodos de carência e exigibilidade de preenchimento de requisitos para viabilização de atendimento, dentre outros, serão também objeto de análise para que o consumidor, ao contratar, o faça com a segurança de que conseguirá atingir sua finalidade: a futura e satisfatória assistência médica para si e sua família.

As informações supra são prestadas por prepostos das operadoras de Planos de Saúde, encarregados de atrair os consumidores para a relação contratual.

Desta sorte, também agem com culpa as empresas operadoras de planos de saúde, uma vez que é de sua inteira responsabilidade a manutenção de uma rede de serviços credenciada/referenciada, sendo esta rede uma das grandes razões pelas quais os consumidores aderem a seus planos, sendo fator primordial de opção entre esta ou aquela operadora.

É com base nas informações que lhes são prestadas (o que inclui o material indicativo da rede credenciada e sua localização) que os consumidores escolhem o plano que irá proteger suas famílias pelos anos posteriores, **integrando, desta feita, a relação contratual futura, devendo, portanto, ser cumpridas ao longo de toda a fase de execução do contrato.**

O dever de informar os consumidores através da oferta é reflexo do princípio da transparência, instituído pelo artigo 4º, *caput* do CDC. Trata-se de princípio que rege o momento pré-contratual e integra o conteúdo do contrato (30,35, 33, 46 e 54), vinculando o fornecedor.

A posição ocupada pela Ré no mercado de consumo, de operadora de planos de assistência à saúde, fornecedora, portanto, de serviços considerados diferenciados em razão da posição de dependência daqueles que com ela contratam, converte seu proceder, ora combatido, de abusivo para **desumano**.

O consumidor que contratou com o Plano Rio Saúde o fez porque, diante da oferta, era o que melhor atendia às suas necessidades, considerados os fatores supra. O elemento da oferta que mais influencia na decisão do consumidor por contratar com determinado Plano, e não com outro, é, sem sombra de dúvidas,

O consumidor de saúde suplementar exerce o seu poder de escolha limitado à oferta de produtos e serviços médico-hospitalares, fazendo opção por aquele que melhor lhe convém, de acordo com a gama de serviços oferecidos, médicos, laboratórios, clínicas, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia credenciados/

referenciados, sendo esta, senão a principal, uma das primordiais razões pela escolha de tal ou qual fornecedor. Tendo em mente que as razões desta escolha constituem fundamento para a celebração do contrato não podemos nos desviar deste foco ao analisar o presente caso, uma vez que as operadoras de planos de saúde(I) ao oferecer seus produtos e serviços médico-hospitalares aos cidadãos, elencam uma grande rede credenciada/referenciada de prestadores de serviços médicos e hospitalares, e tal “elenco” constitui, como já dito acima, razão de ser da celebração do contrato.

Ante o exposto, cabe a esta Comissão, legitimada ativa para tanto, submeter a matéria ao Poder Judiciário, através da presente **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**.

## **DO DIREITO:**

O **parágrafo 1º do art. 17 da Lei nº 9.656/98**, alterado pela **Medida Provisória nº 1.908-20**, fixa regras para a substituição das unidades de serviços médico-hospitalares, que se resumem na concorrência de três fatores: equivalência das entidades médico-hospitalares, comunicação aos consumidores com antecedência mínima de trinta dias e comunicação a ANS no mesmo prazo.

**“Art. 17.** A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.”(grifos nossos)

**“§ 1º** É facultada a substituição de entidade hospitalar a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. “ (grifos nossos)

Em que pese o entendimento da inaplicabilidade da **Lei 9656/98** aos contratos objeto da presente ação, visto que firmados antes do início de sua vigência, e conseqüente aplicação isolada do **C.D.C.**, é inquestionável que a elaboração desta lei específica baseou-se em decisões jurisprudenciais interpretativas e concretizadoras das normas no **C.D.C.**, na doutrina que se desenvolveu a partir do nascimento deste diploma legal e em princípios intrínsecos a todo o sistema jurídico, tendo sido alguns destes previstos neste diploma legal, como o da boa-fé objetiva.

Nas palavras da renomada autora Cláudia Lima Marques, “boa fé objetiva



significa, portanto, uma atuação refletida, uma atuação refletindo, pensando no outro, no parceiro contratual, respeitando-o, respeitando seus interesses legítimos, suas expectativas razoáveis, seus direitos, agindo com lealdade, sem abuso, sem obstrução, sem causar lesão ou desvantagem excessiva, cooperando para atingir o bom fim das obrigações: o cumprimento do objetivo contratual e a realização dos interesses das partes”. (**Contratos no Código de Defesa do Consumidor**, ed. **Revista dos Tribunais, São Paulo 2002**, pp. 181/182).

Ainda que não aceita a aplicação direta do **art. 17, caput** da **Lei 9656/98** para a hipótese em tela, é evidente que seu principal objetivo é o respeito à confiança depositada pelo consumidor (decorrentes das expectativas criadas no momento da celebração do contrato) na operadora de plano de saúde com a qual contratou, no sentido de que, estando em dia com suas prestações, poderia contar, a qualquer momento, em caso de necessidade, com a prestação dos **serviços ofertados no momento da contratação**.

Quanto à imposição do **§ 1º do artigo 17**, de que haja a substituição de entidade hospitalar e não mero descredenciamento, é evidente que sua *ratio* está em proteger os associados de planos de saúde, consumidores mais vulneráveis do que os denominados consumidores “comuns”, detentores de uma vulnerabilidade especial, criada pela catividade e longa duração dos contratos em tela. Trata-se de dispositivo que busca, também, a proteção dos associados de possíveis práticas abusivas que venham a restringir direitos inerentes à natureza do contrato, ameaçando seu equilíbrio, como é o direito a terem a seu dispor, ao longo do contrato, os serviços apresentados quando da oferta, ou, ao menos, outros semelhantes.

Resta evidente que um dos objetivos da **Lei 9656/98** é especificar direitos genericamente garantidos pelo **Código de Defesa do Consumidor**. O **caput do artigo 17 e seu § 1º**, por exemplo, protegem, de forma específica, direitos abstratamente garantidos pelos **artigos 30, 48 e 51, XIII e § 1º, II do Código de Defesa do Consumidor**.

Nos **artigos 30 e 48** está estabelecido que se integra automaticamente ao contrato, toda e qualquer informação relativa aos produtos e serviços, bem como as declarações de vontade, nascendo uma obrigação do contratado para com o aderente, ou seja, ao firmar um contrato típico de adesão, o consumidor o faz consciente de que tem direito a tais e quais serviços e entidades médico-hospitalares credenciados ou referenciados pela empresa contratada, consubstanciando-se naquela emissão de vontade, no momento de sua adesão, o desejo de, em caso de necessidade, poder utilizar-se daqueles serviços.

Transcrevemos, abaixo, os artigos citados, *in verbis*:

**“Art. 30** – Toda informação ou publicidade, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos ou apresentados, obriga o fornecedor que a fizer veicular ou dela se utilizar e **integra**

o contrato que vier a ser celebrado.”(grifo nosso)

“**Art. 48 – As declarações de vontade** constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às relações de consumo **vinculam o fornecedor**, ensejando inclusive execução específica, nos termos do artigo 84 e parágrafos”(grifos nossos)

Nosso sistema nacional de proteção e defesa do consumidor repudia de tal forma a prática de limitar direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato, que a considera abusiva – entendendo-se como tal todo expediente adotado antes, após ou durante a vigência do contrato e que, de alguma forma, está em desacordo com princípios do C.D.C. -, prevendo-a no inciso **V do artigo 39** deste diploma, de forma a vedar ao fornecedor de serviços exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva (ou exagerada). O **§ 1º, inciso II, do art. 51** considera haver presunção legal de exagero quando a vantagem restringe direitos ou obrigações fundamentais, inerentes à natureza do contrato, exatamente como a que permite ao fornecedor de serviços dispor livremente sobre a rede credenciada/referenciada, alterando substancialmente a qualidade e o conteúdo do contrato.

“**Art. 39 – É vedado** ao fornecedor de produtos ou serviços:

(...)

**V –** exigir do consumidor **vantagem** manifestamente excessiva;” (grifos nossos)

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

**§ 1º - Presume-se exagerada**, entre outros casos, a **vantagem** que:

**II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio contratual.**”(grifos nossos)

É importante ressaltar que as práticas abusivas exemplificativamente enumeradas no **art. 39 do C.D.C.** são aplicações do **inciso IV do art. 6º do Código de Defesa do Consumidor**, constituindo, portanto, um dos direitos básicos do consumidor a proteção contra práticas abusivas impostas no fornecimento de produtos e serviços.

Ademais, a massiva propaganda veiculada pela mídia (falada e escrita) e as informações fornecidas pelos corretores de seguros das operadoras de planos de saúde ofertando seus produtos e serviços,

constitui o mais forte grau de influência sobre os consumidores, sendo esta *quase* a única forma dos mesmos conhecerem os produtos e serviços ofertados.

Assim, uma vez celebrados os contratos (tipicamente de adesão), o conteúdo das propagandas e informações passa a integrar os mesmos, não podendo as operadoras alterar este conteúdo unilateralmente, sob pena de estarem desrespeitando o Código de Defesa do Consumidor .

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

(...)

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

O descredenciamento, pelo Réu, da maior parte dos serviços médico-hospitalares que constavam de sua Rede Credenciada no momento da oferta aos consumidores, sem que tenha havido qualquer substituição, configura, conforme já mencionado, violação a diversos dispositivos e princípios do Código de Defesa do Consumidor.

O fato de ter deixado de informar aos usuários/consumidores que procederia a tais descredenciamentos, caracteriza flagrante desrespeito ao nosso diploma consumerista, pois configura violação a um dos direitos básicos do consumidor nele previsto (**art 6º, III**).

**Tal desrespeito ao Código de Defesa do Consumidor demonstra a total falta de bom senso do Réu (ausência de boa-fé), pois descredenciando entidades hospitalares sem qualquer aviso ou notificação aos seus usuários, pode sujeitá-los a situações, no mínimo vexatórias, e no máximo de risco de vida.**

O prejuízo advindo da não observância dos princípios da transparência e da boa-fé, que regem as relações de consumo, pelo não fornecimento das devidas informações, pode ser ilustrado a partir dos **exemplos** abaixo:

a) Imaginemos que um usuário qualquer sofra um acidente pessoal e necessite de cuidados urgentes. O mesmo é levado a um hospital (o mais próximo, em face da urgência) que se sabe ser credenciado/referenciado de seu “plano de saúde”. Lá chegando, o paciente é atendido enquanto algum membro da família/acompanhante providencia sua “entrada” de forma burocrática.

Para espanto dos seus familiares/acompanhantes, na recepção lhes é informado que o hospital não é mais credenciado/referenciado ao seu “plano”. Qual não é o constrangimento destas pessoas? E mais, o paciente corre o risco de não ser sequer atendido, podendo o hospital exigir garantias de pagamento, sendo bem conhecida a prática do “cheque caução” ou algo do gênero. Tudo isto poderá acarretar a remoção do paciente, o que demandará tempo, com os conseqüentes danos daí decorrentes, pois seus familiares/acompanhantes terão

que descobrir que outro hospital ainda é credenciado/referenciado ao plano.

b) Outro exemplo menos grave, porém relevante, é o caso de um consumidor que adoecendo passa a ser tratado por um médico de uma determinada entidade hospitalar credenciada/referenciada. Cria-se entre o paciente e o médico um laço de confiança, uma relação pessoal, pois o mesmo conhece seu histórico, sua evolução clínica, etc. E de repente, sem qualquer motivo, ao voltar para uma consulta, descobre o consumidor que seu médico não é mais credenciado/referenciado de seu “plano”. Já não é mais *seu médico*.

Assim, não é preciso uma visão muito aguçada (tomemos como base os exemplos acima citados) para percebermos que a conduta do Réu (omissiva, por sinal) de não informar os descredenciamentos aos consumidores/associados é passível de acarretar-lhes sérios danos morais e materiais.

Ao analisarmos o caso em estudo, é fácil constatarmos que o Réu fez uso de publicidade enganosa, uma vez que divulgou um grande número de serviços credenciados/referenciados *seduzindo* o consumidor, serviços esses que, aos poucos, estão sendo descredenciados, lesando os consumidores/associados, que nada podem fazer a não ser exigir dos órgãos competentes que, pela natureza dos contratos celebrados, intervenham, de forma que o equilíbrio seja novamente atingido.

Assim define o **art. 37 do Código de Defesa do Consumidor**:

**“Art. 37 - É proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.**

**§ 1º - É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.”** (grifos nossos)

Assim, ao efetuar sua publicidade, por meio da mídia e através de corretores de seguros que, no momento da oferta de seus produtos e serviços apresentam livros dos quais consta ampla Rede Referenciada, o Réu já está celebrando pré-contratos, que vinculam sobremaneira as relações daí advindas.

Destarte, constitui propaganda enganosa a conduta de ofertar um produto ou serviço contendo uma relação de unidades prestadoras de serviços médico-hospitalares, e, após a contratação, descredenciar parte destas unidades, a até mesmo substituí-las por outras de nível inferior.

A oferta aos potenciais consumidores de uma grande gama de entidades credenciadas/referenciadas, que posteriormente vem a ser descredenciada, sem qualquer motivo, ou por motivos banais, configura descumprimento do que estabelece o **art. 30 do Código de Defesa do Consumidor** e incidência na prática proibida descrita pelo **§ 1º do art. 37** do mesmo diploma legal.

Faz-se necessária, desta feita, através da propositura da presente ação, a defesa do consumidor, nos termos dos **artigos 81, parágrafo único e 82 do CDC**, obtendo-se a tutela jurisdicional dos interesses coletivos, com base nas **Leis Federais nº 7347/85 e 8.078/90**.

## **DA ANTECIPAÇÃO DA TUTELA**

Dispõe o parágrafo 3º do artigo 84 do CDC que, “sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, citado o réu”.

O dispositivo supramencionado cuida da concessão de tutela liminar para garantir a total satisfação do direito do consumidor nos casos em que a espera pelo provimento final da demanda interfere de forma negativa.

Trata-se, portanto, de verdadeira antecipação de tutela, logo, deve o dispositivo ora em comento ser interpretado em harmonia com o artigo 273 do Código de Processo Civil, que trata do assunto de forma geral.

O artigo 273 do CPC exige, para que seja concedida a antecipação parcial ou total da tutela pretendida, que exista prova inequívoca que convença o juiz sobre a verossimilhança das alegações do autor, e que “haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação”. A antecipação da tutela não será concedida caso exista “perigo” de irreversibilidade do provimento antecipado”.

A doutrina já se manifestou sobre a contradição existente nas expressões “prova inequívoca” e “que convença da verossimilhança da alegação”, contidas no artigo 273 do CPC, concluindo que, havendo uma prova inequívoca haverá certeza, e não simples verossimilhança, cujo real significado é parecer ser verdadeiro o alegado, logo, a melhor interpretação para o dispositivo é haver probabilidade da existência do direito alegado, para que possa ser concedida a antecipação da tutela, conforme já se manifestou Cândido Rangel Dinamarco.

“O artigo 273 condiciona a antecipação da tutela à existência de prova inequívoca suficiente para que o juiz se convença da verossimilhança da alegação. A dar peso ao sentido literal do texto, seria difícil interpretá-lo satisfatoriamente porque prova inequívoca é prova tão robusta que não permite equívocos ou dúvidas, infundindo no espírito do juiz o sentimento de certeza e não mera verossimilhança. Convencer-se da verossimilhança, ao contrário, não poderia significar mais do que imbuir-se do sentimento de que a realidade fática pode ser como a descreve o autor.

Aproximadas as duas locuções formalmente contraditórias contidas no artigo 273 do Código de Processo Civil (prova inequívoca e convencer-se da verossimilhança), chega-se ao

conceito de probabilidade, portador de maior segurança do que a mera verossimilhança". (Cândido Rangel Dinamarco, A reforma do Código de Processo Civil, 2ª edição, São Paulo 1995, ed. Malheiros, pp.143)

Acostada à presente há prova indiciária robusta, que permite concluir, com segurança, pela verossimilhança das alegações da autora. Está perfeitamente demonstrado que o Réu ofereceu a potenciais consumidores/associados de seus serviços uma gama de entidades hospitalares credenciadas/referenciadas e que, posteriormente, veio a descredenciá-las arbitrariamente, sem substituí-las por outras da mesma espécie, de forma a que fosse mantido o equilíbrio dos contratos firmados com base naquela oferta.

Ademais, não resta dúvida de que o Réu deixou de informar prévia e adequadamente a seus associados que procederia a tais descredenciamentos, podendo seu comportamento omissivo, conforme casos concretos exemplificados *supra*, ocasionar prejuízos morais e materiais aos associados.

Os requisitos para a concessão da liminar facilmente se vislumbram do já exposto. O **fumus boni juris**, sem um prejulgamento de mérito, consubstancia-se em um juízo de probabilidade, razoavelmente demonstrado, de irregularidade e abusividade das condutas praticadas pelo Réu. Não há como se negar, por mais perfunctória que seja a análise dos dispositivos invocados, quando da abordagem do mérito, que o Requerido está praticando atos lesivos a interesses dos consumidores já associados e àqueles que venham, futuramente, a associar-se ao mesmo.

O **periculum in mora**, de outra parte, emerge da premente necessidade de se evitar que consumidores continuem expostos, até o provimento jurisdicional definitivo, às conseqüências danosas advindas do descredenciamento, pelo Réu, dos serviços médico-hospitalares incluídos em sua Rede Referenciada quando da oferta, sem sua substituição por outros da mesma espécie e sem prévia e adequada informação aos consumidores/usuários e sem sua substituição por outros da mesma espécie. A não-adoção de medidas imediatas e eficazes que cessem a prática ilegal e abusiva do reclamado representa o prestígio indevido ao poder econômico em detrimento do legítimo interesse dos consumidores.

A reparação sem a proteção liminar resta extremamente difícil, pois os danos causados pela ré a um número indeterminado e cada vez maior de consumidores vem se protraindo no tempo, agravando seus efeitos e causando prejuízos atuais e futuros, tudo a revelar o **periculum in mora**.

Importa salientar que o que se requer, em medida liminar, é que o Réu, sociedade que tem por objetivo a cobertura para procedimentos médicos e hospitalares, restabeleça as coberturas (mesmo que de forma provisória até o deslinde da demanda) para todos procedimentos previstos no momento das contratações em estabelecimentos médicos, hospitalares, clínicos, laboratoriais nas mesmas localidades e com a mesma qualidade das entidades credenciadas à época da celebração dos contratos.

A posição ocupada pela Ré no mercado de consumo, de operadora de planos de assistência

à saúde, fornecedora, portanto, de serviços considerados diferenciados em razão da posição de dependência daqueles que com ela contratam, converte seu proceder, ora combatido, de abusivo para **desumano**.

Reconhece a autora que as mesmas condições da época da celebração do contrato não serão restabelecidas, no entanto, o pedido principal tem por escopo reequilibrar a relação contratual, que hoje se encontra extremamente desequilibrada em razão dos descredenciamentos de diversas entidades médico-hospitalares sem que tenha havido a devida contrapartida.

A concessão de liminar para o cumprimento do acima requerido é a única maneira de termos a certeza de que, ainda que dificilmente serão restabelecidas as condições se restabeleça os consumidores/ associados de que, ainda que do Réu receberão as informações necessárias a que possam ter a certeza de que não estão sendo prejudicados por possíveis falhas no sistema ou pela má-fé de seus empregadores ou dos funcionários das empresas de transportes que operam com os vales-eletrônicos.

O desequilíbrio contratual acarretado pelo descredenciamento de serviços médico-hospitalares por parte de operadoras de planos de saúde traz danos incomensuráveis aos consumidores, e, com o intuito de evitar que estes se operem, a Lei dos Planos de Saúde (Lei n.º: 9.656/98) dedicou ao tema o parágrafo 1º de seu artigo 17, que segue transcrito abaixo, já com as modificações sofridas pela Medida Provisória nº1.908-20:

Assim, demonstrado o **fumus boni juris e o periculum in mora**, requisitos essenciais à concessão de liminar, mister que esse Juízo conceda tal medida para proteger os consumidores contra a prática abusiva do requerido que, prevalecendo-se da posição de operadora de planos de assistência à saúde, fornecedor, portanto, de serviços considerados diferenciados em razão da posição de dependência daqueles que com ela contratam, converte seu proceder, ora combatido, de abusivo para **desumano**.

fornecedora do serviço em tela, está desrespeitando direitos básicos dos consumidores monopolizando as informações acerca do serviço que presta.

**Em última análise, a concessão de medida liminar não só atenderá aos interesses de grande parcela da sociedade, como inibirá a adoção de práticas similares às combatidas**

nesta demanda.

## DOS PEDIDOS:

Ante o exposto, requer-se:

A - a condenação do Réu na obrigação de fazer, no sentido de restabelecer as coberturas nas mesmas entidades médico-hospitalares apresentadas em cada contrato, ou, na impossibilidade, que sejam credenciadas, em caráter substitutivo, entidades similares, ou seja, que estejam estabelecidas nas mesmas localidades e que ofereçam serviços da mesma qualidade das credenciadas ao tempo da celebração de cada contrato;

B - conseqüentemente, deve o Réu ser condenado na obrigação de, na hipótese de precisar descredenciar quaisquer das entidades que integrem sua rede referenciada, substituí-las por outras similares, informando, adequada e previamente todos os consumidores/associados;

C - seja o Réu condenado a restituir os custos e despesas àqueles contratantes que tenham sido obrigados a recorrer a entidades médico-hospitalares similares, em razão do descredenciamento ocorrido sem uma contrapartida e sem prévia e adequada informação;

D – a concessão de medida liminar em relação ao primeiro pedido;

E – em caso de concessão da medida liminar requerida no pedido anterior, seja fixada multa diária à ré, na forma do parágrafo 3º do artigo 84 do CDC;

F – a condenação da ré na obrigação de publicar, às suas custas, em dois jornais de grande circulação desta Capital, em quatro dias intercalados, sem exclusão do domingo, em tamanho mínimo de 20cmx 20cm, a parte dispositiva de eventual sentença de procedência, para que os consumidores delas tomem ciência, oportunizando, assim, a efetiva proteção de direitos lesados, a qual deve ser introduzida pela seguinte mensagem: “Acolhendo pedido veiculado em ação coletiva de consumo ajuizada pela Comissão de Defesa do Consumidor da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, o juízo da ( )º Vara Empresarial da Comarca da Capital condena a ré a publicar a parte dispositiva de eventual sentença condenatória, que deverá ser introduzida pela seguinte informação: “Acolhendo



pedido veiculado em ação coletiva de consumo ajuizada pela Comissão de Defesa do Consumidor da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, o juízo da ( )<sup>a</sup> Vara Empresarial da Comarca da Capital condenou a Federação das Empresas de Transportes de Passageiros do Estado do Rio de Janeiro - FETRANSPOR – nos seguintes termos ( )”;

Esse pedido, além de servir para recompor o dano moral coletivo sofrido pelos consumidores e por toda a sociedade, também tem como objetivo restabelecer a harmonia e a confiança no mercado de consumo.

G – a intimação do Ministério Público;

H – a citação da Ré no endereço preambularmente declinado, para que, querendo, conteste a presente ação, alertada sobre os efeitos da revelia;

I - a condenação da requerida ao pagamento dos ônus sucumbenciais;

J - a dispensa do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, desde logo, em face do previsto art. 87 da Lei nº 8.078/90;

Protesta por todos os meios de prova, especialmente a documental acostada à presente.

Dá-se a causa o valor de 10.400,00 (dez mil e quatrocentos reais).

Rio de Janeiro, 08 de dezembro de 2005.

ADRIANA MONTANO LACAZ

OAB/RJ 78.460

**PAULO GIRÃO BARROSO**

**OAB/RJ 107.255**



## DA ANTECIPAÇÃO DA TUTELA

De acordo com lição do insigne **José Carlos Barbosa Moreira**, “**geralmente, precisa o autor aguardar a prolação da sentença para obter, caso se lhe reconheça fundamento à pretensão, a tutela jurisdicional pleiteada. A seu requerimento, contudo, e presentes certos pressupostos, pode o juiz, nos termos do art. 273 e seus parágrafos, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos dessa tutela (por exemplo: suspender a eficácia do ato cuja anulação se pede). Para tanto é necessário que:**

***a) existindo prova inequívoca, se convença o órgão judicial da verossimilhança da alegação do autor; e, além disso, alternativamente,***

***b) haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, ou então c) fique caracterizado o abuso do direito de defesa ou manifesto propósito protelatório do réu”.***

***“Exclui-se a possibilidade da antecipação quando houver perigo de mostrar-se irreversível a situação resultante da decisão antecipatória. Esta será obrigatoriamente fundamentada ‘de modo claro e preciso’ e sempre passível de revogação ou modificação (...)”.*** (Novo Processo Civil Brasileiro, 19ª edição, Ed. Forense, pág. 87).

Acostada à presente há prova indiciária robusta, que permite concluir, com segurança, pela verossimilhança das alegações da autora. Está perfeitamente claro que as rés reajustaram as mensalidades dos planos de forma abusiva, pois, do contrário, não teriam respeitados órgãos de defesa do consumidor, em conjunto com a ANS, se manifestado contra um reajuste acima de 11,75%, por falta de justificativas concretas.

Em não havendo qualquer justificativa, não podem as rés, unilateralmente, aplicar reajustes acima dos índices que acompanham a variação da inflação ou o do percentual sugerido

por órgãos de defesa do consumidor em conjunto com a ANS.

Ademais, conforme já foi mencionado anteriormente, as mensalidades dos planos e seguros dos consumidores (notificações em anexo) vinham sendo reajustados, de acordo com os índices que medem a variação da inflação, anualmente, enquanto que os valores repassados aos profissionais e estabelecimentos credenciados não eram reajustados há 07 anos. E é justamente em razão da pressão feita por esses profissionais e estabelecimentos, que ameaçaram paralisar o atendimento aos segurados das rés caso não houvesse reajuste nos valores que lhes são repassados, que “justifica” o reajuste pretendido.

Os valores das mensalidades das rés foram reajustados em todos os anos, o valor repassado aos profissionais e estabelecimentos credenciados não eram reajustados há 07 anos. Mesmo assim, pretendem as rés, objetivando obter vantagem manifestamente excessiva às custas dos consumidores, repassar os custos gerados por um erro seu.

Além da verossimilhança das alegações há, ainda, o fundado receio de, caso tenham que esperar o julgamento da lide, não poderem contar com a cobertura das rés caso seja necessário, tendo em vista que, os reajustes, que quase dobraram os valores das mensalidades, podem impossibilitar os segurados que assinaram seus contratos antes de a Lei 9656/98 entrar em vigor de continuarem com seus planos, por não poderem pagar as mensalidades.

A antecipação da tutela pretendida não é capaz de gerar as rés um dano irreversível, já que, caso venham a ser considerados justos os reajustes pretendidos, poderão vir a ser cobrados futuramente.

Por outro lado, como já foi dito, as rés não demonstraram que os reajustes são necessários.

Portanto, estão preenchidos todos os requisitos necessários para a antecipação da tutela pretendida.

## **DOS PEDIDOS**

Pelo acima exposto requer o que se segue abaixo:

**01. Seja reconhecido que o reajuste acima de 11,75%, que se encontra de acordo com os índices que medem a variação da inflação e com o parecer dos órgãos oficiais de defesa do consumidor e da ANS, é abusivo;**

02. Seja a ré obrigada a não aplicar o reajuste acima de 11,75% e, em consequência, envie novo boleto com o valor correto, bem como dar quitação àqueles consumidores que efetuaram o pagamento de suas mensalidades via depósito extrajudicial

03. Seja concedida antecipação da tutela em relação aos pedidos 01 e 02;

04. Caso seja concedida a medida antecipatória, seja fixada multa por cada vez que a ré não cumprir com o determinado;

05. A condenação da ré à obrigação de publicar, às suas custas, em dois jornais de grande circulação desta Capital, em quatro dias intercalados, sem exclusão do domingo, em tamanho mínimo de 20cmx20cm, a parte dispositiva de eventual sentença de procedência, para que os consumidores dela tomem ciência, oportunizando, assim, a efetiva proteção de direitos lesados, a qual deve ser introduzida pela seguinte mensagem; “ Acolhendo pedido veiculado em ação coletiva de consumo ajuizada pela Comissão de Defesa do Consumidor da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, o juízo da ( )ª Vara Empresarial condenou as operadoras de planos e seguros de saúde Bradesco Saúde S.S e Sul América Seguro Saúde S.A a reajustarem as mensalidades dos segurados em no máximo 11,75%.”;

06. Seja a ré condenada, na forma do parágrafo único do artigo 42 do CDC, a pagar em dobro todos os valores pagos indevidamente pelos consumidores;

07. A inversão do ônus da prova, de acordo com o estipulado no artigo 6º do Código de Defesa do Consumidor.

Dá-se a causa o valor de R\$ 10.500,00 (dez mil e quinhentos reais).

Rio de Janeiro, 12 de julho de 2004.

**ADRIANA MONTANO LACAZ**

**OAB/RJ N.º 78.460**

**PAULO GIRÃO BARROSO**

**OAB/RJ N.º 107.255**