

Processo Administrativo – Procon n. **0024.23.009107-6**



## **DECISÃO ADMINISTRATIVA**

### **1. RELATÓRIO**

Trata-se de Processo Administrativo instaurado no âmbito da 14ª Promotoria de Justiça de Defesa do Consumidor da Comarca de Belo Horizonte/MG, em decorrência do recebimento de reclamação elaborada pela genitora da menor beneficiária **Nicolle Silva Morais**, noticiando que sua filha vinha se submetendo a tratamento ortopédico cirúrgico infantil junto ao Hospital Mater Dei, estabelecimento que foi descredenciado da rede da operadora de plano de saúde **NotreDame Intermédica Saúde S.A.**, sem comunicação prévia, interrompendo o adequado tratamento de sua filha.

A reclamação veio instruída da documentação acostada às fls. 02/31, sendo alguns deles:

- Carteira de identidade e carteira de beneficiária da Infante Nicolle;
- Contrato de Adesão;
- Tratamento ortopédico cirúrgico realizado, bem como evolução do tratamento;
- Comunicado pelo aplicativo Whatsapp, onde a atendente Yasmim informa que aquele nosocômio não atendendo mais ao plano de Saúde Vitalis Plus 1.

Após ser devidamente notificada, a fornecedora se manifestou às fls. 45/47, juntando os documentos de fls. 48/51v.

Em breve síntese, a fornecedora **NotreDame Intermédica Saúde S.A.** defendeu que a descontinuidade/alteração de rede assistencial para algumas categorias de plano específicas foi devido ao processo de verticalização para atendimentos em rede própria da Operadora de Saúde.

Informou que os produtos PLUS I, PLUS I APART/SC e SERPRAM deixaram de ser atendidos no Hospital Mater Dei, sendo direcionados à rede própria.

Em sua manifestação, defendeu que o informativo foi encaminhado em **abril/2023** para o hospital Mater Dei e suas 3 unidades, comunicando a descontinuação dos atendimentos aos planos acima citados a partir do dia **15/05/2023**, podendo os beneficiários buscarem atendimento nos estabelecimentos informados.

Por fim, afirmou que, por ser a consumidora beneficiária do plano coletivo por adesão firmado entre a fornecedora e a administradora, incumbiria à **Plural Administradora de Benefícios** informar aos seus associados beneficiários da referida alteração.

Documentos de fls. 48/51v, apresentados pela fornecedora NotreDame, demonstrando que a data de notificação da Plural Administradora de Benefícios foi em 28/04/2023, comunicando a descontinuação dos atendimentos aos planos acima citados a partir do dia 15/05/2023.

Com a instauração deste Processo Administrativo em face das fornecedoras **NotreDame Intermédica Saúde S.A. e Plural Administradora de Benefícios LTDA.** (Portaria fls. 2E/2C), as fornecedoras foram notificadas para apresentar defesa administrativa e respectiva Receita Bruta no exercício de 2022.

Manifestações defensivas da fornecedora **Plural Administradora de Benefícios LTDA.** juntadas às fls. 99/107 e 245/248, sendo certo que lhe fora ofertada proposta de Transação Administrativa às fls. 383/384, a qual foi aceita e firmado respectivo termo (fls. 396 e verso).

Defesa apresentada pela fornecedora **NotreDame Intermédica Saúde S.A.** em fls. 210/211v, ratificando os argumentos apresentados em seus esclarecimentos iniciais.

Proposta de Transação Administrativa ofertada à fornecedora **NotreDame Intermédica Saúde S.A.** às fls. 258/259, que foi rejeitada tacitamente pela fornecedora (fl. 415), pugnando-se pela produção de prova testemunhal e posterior apresentação de alegações finais.

Despacho de fl. 416 indeferiu a produção de prova testemunhal, tendo em vista que o procedimento trata de descredenciamento do Hospital Mater Dei sem a devida comunicação aos beneficiários, não tendo a prova testemunhal maior relevância à solução do Processo Administrativo, notificando-se a fornecedora para no prazo de 10 (dez) dias úteis apresentar alegações finais.

Embora notificada por duas vezes, a fornecedora **NotreDame Intermédica Saúde S.A.** não apresentou suas alegações finais, consoante atestado pelas certidões de fls. 427 e 437.

Por fim, vieram os autos conclusos para decisão.

É o relato do essencial. **Decido.**



## 2. FUNDAMENTAÇÃO

Inicialmente, em respeito ao devido processo legal, considero atendidas todas as condições para a prolação de decisão de mérito, oportunizados o contraditório e a ampla defesa, nos termos do Decreto Federal nº 2.181/97 e Resolução PGJ n. 57/2022.

Atendido, também, o dever estabelecido pelo §3º do art. 3º do Código de Processo Civil de 2015 de priorizar a atuação ministerial resolutiva, por meio da busca pela solução consensual/conciliatória, vez que houve a propositura de Transação Administrativa, não tendo o fornecedor manifestado seu aceite quanto a proposta, tampouco vindo a apresentar alegações finais.

O Ministério Público do Estado de Minas Gerais, por força da Constituição Estadual, no artigo 14 dos seus Atos das Disposições Constitucionais Transitórias, abarcou as competências administrativas do PROCON, cujas atividades contemplam o exercício do poder de polícia em matéria de consumo.

Nesse sentido, as competências do PROCON, elencadas no artigo 3º, com a ressalva do artigo 5º, do Decreto Federal n.º 2181/97, foram transferidas ao Órgão Ministerial com atribuições na defesa do consumidor. É o que dispõe a Resolução PGJ n. 57/2022.

De imediato, verifica-se que o fornecedor, ao longo do presente procedimento, embora tenha se manifestado por diversas vezes, não teceu qualquer argumento de ordem preliminar, de modo que se passa, desde já, ao enfrentamento dos argumentos meritórios.

No caso em apreço, a reclamante acionou este Órgão Especializado em 19/05/2023, noticiando que a fornecedora teria descredenciado o Hospital Mater Dei da rede conveniada, sem a devida e prévia comunicação, em momento que sua filha necessitava de tratamento e acompanhamento médico referente à procedimento ortopédico cirúrgico infantil, assinalado como urgente, ocasionando prejuízo com a interrupção dos atendimentos à beneficiária.

No que se refere à defesa apresentada pela fornecedora NotreDame Intermédica Minas Gerais Saúde S.A., não merece guarida a alegação de que "o credenciamento parcial do Hospital Mater Dei observou integralmente a legislação vigente".

Cabe salientar que a fornecedora transfere a responsabilidade de comunicação da alteração da rede credenciada à empresa Plural Gestão De Planos De Saúde Ltda., administradora do plano de saúde. Entretanto, a operadora NotreDame também é diretamente responsável por assegurar que a comunicação sobre o credenciamento fosse realizada de forma adequada e no prazo estipulado pela legislação.

A defesa aponta que o informativo foi encaminhado à Plural Administradora de Benefícios Ltda., no entanto, a notificação realizada pela operadora foi insuficiente pois ocorreu antes da efetiva descontinuidade da rede, em descumprimento ao prazo mínimo de 30 dias exigido pelo art. 17, *caput* e §1º, da Lei n. 9.656/98. Tal prazo legal, a propósito, é essencial para que os beneficiários possam avaliar suas opções de tratamento e escolher a rede credenciada de forma livre e informada.

A própria fornecedora NotreDame Intermédica Minas Gerais Saúde S/A. apresenta o ofício que encaminhou no dia **28/04/2023** notificando acerca do credenciamento da rede, que ocorreria no dia **15/05/2023** (vide comunicado juntado às fls. 48/51v).

A operadora de plano de saúde tem a responsabilidade primária de garantir que seus beneficiários sejam informados de mudanças na rede credenciada, especialmente quando estas afetam tratamentos em andamento. A alegação de que a comunicação poderia ser responsabilidade exclusiva da administradora é inadequada, pois a operadora deve assegurar que todos os consumidores sejam devidamente notificados, de modo a garantir a continuidade dos tratamentos necessários, especialmente em situações urgentes.

Neste contexto, o credenciamento do Hospital Mater Dei sem comunicação prévia adequada constitui uma infração grave, pois prejudica diretamente o tratamento do beneficiário e fere o direito à continuidade da assistência médica, previsto na legislação. Essa falha na comunicação, somada à interrupção de um tratamento urgente, configura violação dos direitos do consumidor, principalmente no que diz respeito à confiança que os consumidores depositam nas operadoras de planos de saúde e à boa-fé nas relações contratuais.



Pois bem, ao analisar o presente caderno processual, deve este Órgão Ministerial aplicar simultaneamente a Lei n. 9.656/1998 (que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde) e o Código de Defesa do Consumidor aos contratos entre as operadoras de planos de saúde e seus consumidores. Essa combinação normativa é essencial para garantir que os consumidores, ao contratar esses serviços, tenham seus direitos protegidos de acordo com as diretrizes de boa-fé, transparência e equilíbrio.

O Código de Defesa do Consumidor, em conjunto com a Lei n. 9.656/98, garante que as operadoras de planos de saúde devem proporcionar aos consumidores um ambiente de transparência e equilíbrio, assegurando que os beneficiários sejam sempre informados adequadamente sobre as condições do plano e sobre mudanças significativas, como o descredenciamento de prestadores de serviços médicos.

Além disso, a operadora falhou em atender ao princípio da boa-fé objetiva, previsto no art. 6º, I, do Código de Defesa do Consumidor, ao não cumprir adequadamente o dever de informar aos consumidores, o que resultou em transtornos para a beneficiária e sua família.

Embora a Lei n. 9.656/1998 trate especificamente dos planos de saúde, a natureza dessas relações é essencialmente de consumo, uma vez que as operadoras de planos de saúde atuam como fornecedores de serviços e os contratantes, naturalmente, são os respectivos consumidores. A Constituição Federal e o Código de Defesa do Consumidor estabelecem que qualquer fornecimento de produtos ou serviços que envolvam a prestação a consumidores deve seguir as normas de defesa do consumidor, o que inclui os planos de saúde.

Outrossim, o Código de Defesa do Consumidor protege o consumidor, especialmente em contratos de adesão, como é o caso, isso porque tais contratos geralmente são "impostos" pela operadora e não negociados individualmente, o que coloca o consumidor em uma posição vulnerável. Assim, o *codex* consumerista assegura, entre outros aspectos, a transparência nas informações prestadas, o direito à informação clara e precisa sobre os serviços, e a proteção contra cláusulas abusivas. Ainda, a referida norma estabelece que os contratos devem ser equilibrados, e que a boa-fé deve reger tanto a formação quanto a execução dos acordos.

A boa-fé é um princípio central no CDC, principalmente em contratos que envolvam bens sensíveis, como a saúde, buscando garantir o bem-estar físico e mental do consumidor, razão pela qual a transparência e o dever de informar adequadamente o consumidor sobre suas opções de

tratamento e as condições do contrato são fundamentais. Neste sentido o Código de Defesa do Consumidor exige que as operadoras de planos de saúde forneçam todas as informações essenciais sobre cobertura, exclusões, custos e mudanças nas prestações dos serviços contratados.

Logo, são essenciais, tanto na formação quanto na execução da avença, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade, evitando-se abusos e promovendo um relacionamento equânime (arts. 6º, III, e 46 do CDC).

No que tange especificamente às operadoras de plano de saúde, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu estarem obrigadas "ao cumprimento de uma boa-fé qualificada, ou seja, uma boa-fé que pressupõe os deveres de **informação**, cooperação e cuidado com o consumidor/segurado" (REsp 418.572/SP, 4ª Turma, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, DJe de 30.03.2009).

Ainda, sobre o tema, Cláudia Lima Marques assim leciona:

"(...) os contratos de planos e seguro-saúde são contratos cativos de longa duração, a envolver por muitos anos um fornecedor e um consumidor, com uma finalidade em comum, que é assegurar para o consumidor o tratamento e ajudá-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a sua saúde, de sua família, dependentes ou beneficiários. Aqui deve haver diálogo, e aplicação conjunta e iluminada pela Constituição, entre o CDC e a Lei 9.656/98. A jurisprudência brasileira é pacífica ao considerar tais contratos, tanto os de assistência hospitalar direta como os de seguro e planos de saúde, ou de assistência médica pré-paga, como submetidos diretamente (e não subsidiariamente) às normas do CDC". (MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais, 5ª ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, pág. 485).

Realmente, a rede conveniada vigente no ato da contratação do plano de saúde integra o acordo de vontades, de maneira que eventual alteração no seu conteúdo deve obrigatoriamente ser comunicada ao beneficiário.

Desse modo, o legislador, atento às inter-relações que existem entre as fontes do direito, incluiu, dentre os dispositivos da Lei de Planos de Saúde, norma específica acerca do dever da operadora de informar



ao consumidor quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares, como se extrai do art. 17, *caput* e § 1º, da Lei n. 9.656/1998:

"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.

§ 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."

Depreende-se, assim, que é facultada à operadora de plano de saúde substituir qualquer entidade hospitalar cujos serviços e produtos foram contratados, referenciados ou credenciados, **desde que o faça por outro equivalente e comunique, com 30 (trinta) dias de antecedência, aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).**

De fato, o beneficiário tem o direito de ser informado acerca da modificação da rede conveniada, ou seja, do rol de credenciados, pois somente com a transparência poderá buscar o atendimento e o tratamento que melhor lhe satisfaz, segundo as possibilidades oferecidas.

A propósito, eis o ensinamento de Luiz Antonio Rizzatto

Nunes:

"[...]"

Um dos problemas recorrentes dos consumidores tem sido o descredenciamento de estabelecimentos de saúde, médicos e demais prestadores de serviços ligados às operadoras.

A questão é bastante grave e relevante, porque o consumidor, ao escolher e ingressar num plano de saúde, avalia os serviços conveniados e credenciados e deles se utiliza, utilização essa que o acaba vinculando. Primeiro, nos casos em que, por motivo de doença que exija acompanhamento, o atendimento passe a ser constante. Depois, porque, ainda que de forma eventual, o consumidor pode querer retornar ao mesmo médico, hospital etc. que já o recebeu antes, tem seu histórico e pode fazer seu acompanhamento pessoal. Em termos de saúde isso é importante.

Some-se a isso o fato de que a escolha pelo atendimento de médicos e hospitais em locais próximos à residência e/ou local de trabalho é fundamental em casos de emergência ou urgência.

Por isso cuidou bem o legislador em proibir a mudança da rede conveniada/credenciada de hospitais, clínicas, médicos, laboratórios e demais serviços oferecidos. Aliás, diga-se que esse é o sentido de 'entidade hospitalar' do texto da norma.

[...]

É verdade que no § 1º a lei acabou deixando uma brecha para que as operadoras possam fazer substituições. Todavia, como esse parágrafo deve sua especificidade ao caput, é preciso entendê-lo de maneira a não impedir o resultado querido pela norma.

O § 1º faculta a substituição do prestador de serviço contratado ou credenciado desde que:

- a) a substituição se faça por outro equivalente;
- b) seja comunicada a ANS com trinta dias de antecedência;
- c) sejam comunicados os consumidores, também, com trinta dias de antecedência." (NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. Comentários à Lei de Plano Privado de Assistência à Saúde, 2ª ed., São Paulo: Saraiva, 2000, págs. 67-68)

Se, por um lado, nada impede que a operadora altere a rede conveniada, cabe a ela, por outro, manter seus associados devidamente atualizados sobre essas mudanças, a fim de que estes possam avaliar se, a partir da nova cobertura oferecida, mantêm interesse no plano de saúde.

Ressalta-se que a relação médico-paciente é eminentemente de confiança – situação que se estende à relação hospital paciente – de sorte que a exclusão de profissionais ou nosocômios da rede credenciada pode afetar diretamente a disposição do segurado de permanecer associado ao plano de saúde.

Além disso, em caso de desligamento do prestador de serviços (por exemplo, um médico ou uma clínica) de um contrato com uma operadora de planos de saúde, a obrigação do prestador é continuar o atendimento dos pacientes até o fim do tratamento, ou até o término do contrato com a operadora, o que ocorrer primeiro. Devendo a operadora de saúde garantir o pagamento pelos serviços prestados durante esse período.



Conclui-se, portanto, que na hipótese específica dos autos, tendo em vista a importância que a rede conveniada assume para a continuidade do tratamento, a operadora somente cumprirá o dever de informação se comunicar aos associados sobre o descredenciamento de médicos e hospitais, além disso, mantendo aos beneficiários ainda em tratamento a continuidade do tratamento sem interrupção até a completa recuperação ou encerramento do contrato.

Como se depreende da defesa apresentada pela fornecedora, "nem todos os planos foram descredenciados do Hospital Mater Dei", contudo, mesmo diante das diversas oportunidades, não apresentou prova de seu direito, devendo, no mínimo, demonstrar a notificação válida aos beneficiários, onde constaria rol de hospitais credenciados.

Como visto, a operadora de plano de saúde poderá incorrer em abusividade se promover a alteração da lista de conveniados, ou seja, o descredenciamento de estabelecimentos hospitalares, clínicas médicas, laboratórios, médicos e outros serviços, sem a observância dos requisitos legais, que são:

- i) substituição da entidade conveniada por outra equivalente, de forma a manter a qualidade dos serviços contratados inicialmente e;
- ii) comunicação aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com 30 (trinta) dias de antecedência.

Por oportuno, cumpre transcrever a seguinte doutrina de Maury Ângelo Bottesini e de Mauro Conti Machado:

"[...]

17.2 A prévia comunicação aos usuários das modificações dos credenciados

A operadora está obrigada a dar conhecimento prévio aos usuários e com 30 dias de antecedência segundo disposição do § 1º deste art. 17, das modificações do rol de credenciados, referenciados e estabelecimentos aptos a atender os seus clientes. **E deve documentar-se para comprovar que desempenhou a contento a obrigação, quando necessária tal prova, pena de responder pelos prejuízos suportados por qualquer usuário que procure um desses credenciados e não encontre o atendimento buscado.** É no Dever de Informar que tem origem essa

obrigação, cujo fundamento está na boa-fé objetiva que deve estar presente na conduta das partes desde a contratação, durante a execução, no momento das alterações legalmente permitidas das estipulações e por ocasião do distrato, o que está consagrado no Código de Defesa do Consumidor, e de forma mais enfática, nos contratos por adesão, segundo se pode ler no art. 47 do CDC, arts. 113 e 423 do CC de 2003." (BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Lei dos Planos e Seguros de Saúde: comentada e anotada, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, pág. 128)

E ainda, nesse mesmo sentido:

RECURSO ESPECIAL. SAÚDE SUPLEMENTAR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. DESCRENCIAMENTO DE HOSPITAL. LIMITAÇÃO DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE.

1. Ação ajuizada em 18/3/13. Recurso especial interposto em 9/2/15.

Autos conclusos ao gabinete em 27/6/17. Julgamento: CPC/73.

2. O propósito recursal consiste em decidir se o descredenciamento de hospital pode ser fundamento para limitar tratamento quimioterápico já iniciado pelo beneficiário de plano de saúde.

3. A substituição de entidade hospitalar da rede credenciada de plano de saúde deve observar: i) a notificação dos consumidores com antecedência mínima de trinta dias; ii) a contratação de novo prestador de serviço de saúde equivalente ao descredenciado; e, iii) a comunicação à Agência Nacional de Saúde (art. 17, §1º, da Lei 9.656/98).

**4. O fato de haver descredenciamento não informado ao consumidor constitui embaraço administrativo imputável exclusivamente à operadora e não pode servir como barreira ou limitação ao tratamento já iniciado pelo paciente, sobretudo quando se considera a situação de fragilidade decorrente da quimioterapia.**

5. Recurso especial conhecido e provido.

(REsp n. 1.677.743/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 8/10/2019, DJe de 11/10/2019).

"DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. DESCRENCIAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA NO CURSO DE



TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, SEM SUBSTITUIÇÃO POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EQUIVALENTE. IMPOSSIBILIDADE. PRÁTICA ABUSIVA. ART. 17 DA LEI 9.656/98. 1. O caput do art. 17 da Lei 9.656/98 garante aos consumidores de planos de saúde a manutenção da rede de profissionais, hospitais e laboratórios credenciados ou referenciados pela operadora ao longo da vigência dos contratos. 2. Nas hipóteses de descredenciamento de clínica, hospital ou profissional anteriormente autorizados, as operadoras de plano de saúde são obrigadas a manter uma rede de estabelecimentos conveniados compatível com os serviços contratados e apta a oferecer tratamento equivalente àquele encontrado no estabelecimento de saúde que foi descredenciado. Art. 17, § 1º, da Lei 9.656/98. 3. **O descredenciamento de estabelecimento de saúde efetuado sem a observância dos requisitos legalmente previstos configura prática abusiva e atenta contra o princípio da boa-fé objetiva que deve guiar a elaboração e a execução de todos os contratos. O consumidor não é obrigado a tolerar a diminuição da qualidade dos serviços contratados e não deve ver frustrada sua legítima expectativa de poder contar, em caso de necessidade, com os serviços colocados à sua disposição no momento da celebração do contrato de assistência médica.** 4. Recurso especial conhecido e provido" (REsp nº 1.119.044/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 4/3/2011)

Assim, sabedores das suas obrigações legais perante os consumidores, as quais podem, inclusive, ser exigidas solidariamente, os integrantes da cadeia de fornecimento de serviços devem se organizar, estabelecendo entre si, conforme a realidade operacional de cada um, os ajustes contratuais necessários ao cumprimento desses deveres, com observância dos prazos previstos na legislação.

Patente, assim, não ter a operadora fornecedora cumprido a contento o seu dever de informação, violando frontalmente o art. 17, *caput* e §1º, da Lei n. 9.656/98.

É cediço que, melhor do que uma indenização por compensação de danos, é que prejuízos aos consumidores não cheguem a ocorrer. Entretanto, em casos como o dos autos, revelam-se necessárias medidas que visem a evitar a reiteração de infrações futuras no mercado consumerista, com o escopo de manutenção da fisiologia das relações jurídicas estabelecidas pela legislação de regência, ou seja, o funcionamento normal do mercado.

Sendo assim, ante as considerações apresentadas e por entender caracterizada a violação das normas consumeristas., **JULGO SUBSISTENTE** o objeto do presente Processo Administrativo em desfavor da fornecedora reclamada, por violação ao disposto no art. 17, *caput* e da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), em prejuízo da coletividade, sujeitando-o à sanção de ordem administrativa, sem prejuízo das de natureza cível e penal que possam advir.

Passo, doravante, à definição e quantificação da sanção administrativa, a que se sujeita o fornecedor **NOTREDAME INTERMÉDICA MINAS GERAIS SAÚDE S/A.** nos termos do art. 56, da Lei n. 8.078/90 (CDC) e seu Decreto Regulamentador (Dec. Fed. n. 2.181/97).

Dentre as sanções administrativas possíveis, opto pela **MULTA ADMINISTRATIVA** (art. 56, inciso I), reprimenda que se mostra mais adequada ao fato.

Levando em consideração a natureza da infração, a condição econômica e a vantagem auferida, aplico ao infrator a pena de multa, conforme artigo 56 da lei 8.078/90. Atento aos dizeres do artigo 57 do CDC e artigos 24 e segs. do Decreto 2.181/97 e art. 20 da Resolução PGJ n. 57/2022, passo à graduação da pena administrativa.

a) A infração cometida encontra fundamento no art. 17, da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), e, por força do artigo 22, da Resolução PGJ n. 57/2022, figura no grupo 1 de infrações, pelo que aplico fator de pontuação 1.

b) Verifico que **não foi apurado** auferimento de vantagem econômica com a prática infrativa, razão pela qual aplico o fator 1 no item vantagem.

c) Por fim, com o intuito de se definir a condição econômica do fornecedor, verifica-se que ele apresentou o resultado do exercício financeiro do ano de 2022 informando sua receita bruta de referido ano de especificamente quanto ao Estado de Minas Gerais em fls. 210/211v, qual seja, **R\$ 963.613.278,00 (Novecentos e sessenta e três milhões, seiscentos e treze mil, duzentos e setenta e oito reais).**

Assim, o porte econômico do fornecedor, em razão de seu faturamento bruto é considerado GRANDE PORTE, o qual tem como referência o fator 5000.



d) Com os valores acima apurados, estando retratadas a gravidade da infração, a ausência de auferimento de vantagem e a condição econômica, aplico os dados à fórmula prevista no artigo 28 da Resolução PGJ n. 57/2022, motivo pelo qual fixo o quantum da pena-base no valor de R\$ 808.011,07 (Oitocentos e oito mil, onze reais e sete centavos), conforme se depreende da planilha de cálculos que integra a presente decisão, nos termos do art. 28 da Resolução PGJ n. 55/2022.

e) Tendo sido demonstrado nos autos que o fornecedor é infrator primário, conforme consta em Certidão à fl. 202, aplico a atenuante prevista no art. 25, inciso III, do Decreto n. 2181/97, razão pela qual diminuo a pena base em 1/3 (um terço) (Art. 29, *caput* da Resolução PGJ nº 57/2022) reduzindo o valor da sanção pecuniária para **R\$ 538.674,04 (Quinhentos e trinta e oito mil, seiscentos e setenta e quatro reais e quatro centavos)**.

f) Reconheço a **circunstância agravante** de ter a prática infrativa ocorrido em detrimento de menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos ou de pessoas com deficiência física, mental ou sensorial, interditas ou não (Art. 29, §2º, inciso VII, da Resolução PGJ 57/2022), razão pela qual aumento a pena base em 1/3 (art. 29, *caput*, da Resolução PGJ 57/2022), elevando-a ao patamar de **R\$ 718.232,06 (Setecentos e dezoito mil, duzentos e trinta e dois reais e seis centavos)**.

Ante todas circunstâncias acima consideradas, fixo a MULTA DEFINITIVA no valor de **R\$ 718.232,06 (Setecentos e dezoito mil, duzentos e trinta e dois reais e seis centavos)**.

Isto posto, **DETERMINO**:

1) A intimação da empresa infratora **NOTREDAME INTERMÉDICA MINAS GERAIS SAÚDE S.A.**, por meio do endereço de seus **Procuradores**, para que, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar do recebimento da notificação:

a) Recolha à conta do Fundo Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor o percentual de 70% (setenta por cento) do valor da multa fixada acima, isto é, **R\$ 502.762,44 (Quinhentos e dois mil, setecentos e sessenta e dois reais e quarenta e quatro centavos)** por meio de boleto, nos termos do art. 36, *caput* e parágrafo único da Resolução PGJ n. 57/2022,

sendo que o pagamento da multa com redução de percentual de 30% somente será válido se efetuado nos 10 (dez) dias úteis contados da intimação, ainda que o prazo de vencimento do boleto seja maior.

**OU**

b) Apresente recurso, nos termos dos artigos 46, §2º e 49, ambos do Decreto 2.181/97 e do art. 33 da Resolução PGJ n. 57/2022, sendo imperioso salientar que dito recurso deverá ser protocolado perante a autoridade administrativa que julgou o presente Processo Administrativo, por via postal ou enviado por qualquer meio eletrônico para o endereço eletrônico [pj14consumidor@mpmg.mp.br](mailto:pj14consumidor@mpmg.mp.br), o qual deverá estar expressamente indicado na intimação, conforme art. 33, §1º da Resolução PGJ nº 57/2022;

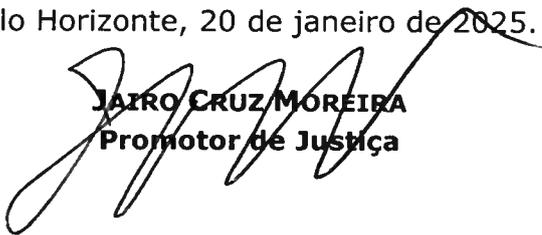
2) Consigne-se nas intimações que, ultrapassado o prazo legal sem que haja interposição de recurso voluntário, e não efetivado o pagamento da multa aplicada – que, **ultrapassado os 10 (dez) dias úteis da intimação da decisão, deverá ser recolhida em seu valor integral, no prazo de 30 (trinta) dias do trânsito em julgado desta decisão, que terá início após nova intimação** –, será o débito inscrito em dívida ativa para subsequente cobrança executiva pela Advocacia-Geral do Estado de Minas Gerais.

3) **A inscrição** da fornecedora no Cadastro de Reclamações Fundamentadas, com a indicação de que a reclamação não foi atendida (Lei 8.078/90, art. 44 e Decreto nº. 2.181/97, arts. 57 a 62), após o trânsito em julgado desta decisão.

4) Publique-se, por extrato, na imprensa oficial e disponibilize no site deste Órgão e no SRU o inteiro teor desta decisão. Registre-se.

Cumpra-se.

Belo Horizonte, 20 de janeiro de 2025.

  
**JAIRO CRUZ MOREIRA**  
Promotor de Justiça

| <b>PLANILHA DE CÁLCULO DE MULTA</b>                               |                                                               |      |                           |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------|---------------------------|
| ATENÇÃO: INSERIR INFORMAÇÕES NOS CAMPOS DESTACADOS PELA COR CINZA |                                                               |      |                           |
| <b>Dezembro de 2024</b>                                           |                                                               |      |                           |
| <b>Infrator</b>                                                   | Operadora de Plano de Saúde Notre Dame Intermédica Saúde S.A. |      |                           |
| <b>Processo</b>                                                   | 0024.23.009107-6                                              |      |                           |
| <b>Motivo</b>                                                     | art. 17, §1º, da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde)       |      |                           |
| <b>1 - RECEITA BRUTA</b>                                          |                                                               |      | <b>R\$ 963.613.278,00</b> |
| Porte =>                                                          | Grande Porte                                                  | 12   | R\$ 80.301.106,50         |
| <b>2 - PORTE DA EMPRESA (PE)</b>                                  |                                                               |      |                           |
| a                                                                 | Micro Empresa                                                 | 220  | R\$ 0,00                  |
| b                                                                 | Pequena Empresa                                               | 440  | R\$ 0,00                  |
| c                                                                 | Médio Porte                                                   | 1000 | R\$ 0,00                  |
| d                                                                 | Grande Porte                                                  | 5000 | R\$ 5.000,00              |
| <b>3 - NATUREZA DA INFRAÇÃO</b>                                   |                                                               |      |                           |
| a                                                                 | Grupo I                                                       | 1    | <b>1</b>                  |
| b                                                                 | Grupo II                                                      | 2    |                           |
| c                                                                 | Grupo III                                                     | 3    |                           |
| d                                                                 | Grupo IV                                                      | 4    |                           |
| <b>4 - VANTAGEM</b>                                               |                                                               |      |                           |
| a                                                                 | Vantagem não apurada ou não auferida                          | 1    | <b>1</b>                  |
| b                                                                 | Vantagem apurada                                              | 2    |                           |
| <b>Multa Base = PE + (REC BRUTA / 12 x 0,01) x (NAT) x (VAN)</b>  |                                                               |      | <b>R\$ 808.011,07</b>     |
| <b>Multa Mínima = Multa base reduzida em 50%</b>                  |                                                               |      | <b>R\$ 404.005,53</b>     |
| <b>Multa Máxima = Multa base aumentada em 50%</b>                 |                                                               |      | <b>R\$ 1.212.016,60</b>   |
| Valor da UFIR em 31/10/2000                                       |                                                               |      | 1,0641                    |
| Taxa de juros SELIC acumulada de 01/11/2000 a 30/11/2024          |                                                               |      | 271,47%                   |
| Valor da UFIR com juros até 30/11/2024                            |                                                               |      | 3,9528                    |
| <b>Multa mínima correspondente a 200 UFIRs</b>                    |                                                               |      | <b>R\$ 790,56</b>         |
| <b>Multa máxima correspondente a 3.000.000 UFIRs</b>              |                                                               |      | <b>R\$ 11.858.395,31</b>  |