



Apelação Cível - Turma Espec. III - Administrativo e Cível
Nº CNJ : 0004717-36.2016.4.02.5001 (2016.50.01.004717-0)
RELATOR : Juiz Federal Convocado JÚLIO EMÍLIO ABRANCHES MANSUR
APELANTE : COMPANHIA DOCAS DO ESPÍRITO SANTO - CODESA
ADVOGADO : SERGIUS DE CARVALHO FURTADO
APELADO : AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS
PROCURADOR : PROCURADOR FEDERAL
ORIGEM : 5ª Vara Federal Cível (00047173620164025001)

EMENTA

APELAÇÃO. ADMINISTRATIVO. ANS. INEXISTÊNCIA DE MÉDICO ESPECIALISTA CREDENCIADO À OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE EM MUNICÍPIO ONDE RESIDE BENEFICIÁRIO. COBERTURA OBRIGATÓRIA. NULIDADE DA DECISÃO FINAL DO PROCESSO ADMINISTRATIVO. INOCORRÊNCIA. MULTA. RAZOABILIDADE. APELAÇÃO DESPROVIDA.

1. A controvérsia posta nos autos cinge-se em perquirir se possível o desconto no valor a ser reembolsado ao beneficiário do plano de saúde da CODESA, em caso de consulta com médico não credenciado na rede.
2. A operadora de Plano de Saúde deve não só disponibilizar o atendimento para procedimentos e consultas ao beneficiário, mas também cumprir o prazo de 10 dias constante na legislação específica a fim de evitar prejuízos a seus beneficiários.
2. Não dispondo de profissionais médicos capacitados à consulta de que necessita o segurado, deveria se proceder à consulta com médico especialista não credenciado com reembolso integral, afinal, não é por outro motivo, que não a inexistência de especialistas, que o segurado busca em terceiros aquilo que não encontrou junto à seguradora.
3. Caso inexistente médico especialista no município onde o beneficiário reside, deve-se garantir o atendimento com prestador credenciado nos municípios limítrofes ou garantir o atendimento com prestador particular nos municípios limítrofes, com pagamento ao profissional ou estabelecimento de saúde feito diretamente a ele pela operadora.
4. A cobertura de consulta com especialista em pneumologista infantil para é obrigatória pelos planos de saúde, devendo manter em seus quadros médicos credenciados, visto que integra o rol de cobertura obrigatória expedido pela Agência Nacional de Saúde, sob pena de autuação pela ANS por não disponibilizar profissional credenciado na especialidade demandada, o que indica flagrante descumprimento à legislação que rege à saúde suplementar.
5. Não se vislumbra, no valor da sanção, violação à razoabilidade ou proporcionalidade, eis que o valor da multa é inferior ao montante máximo previsto na legislação e foi estipulado com vistas à condição econômica do infrator, à gravidade da falta e ao fator multiplicador, não havendo a possibilidade de revisão pelo Poder Judiciário, uma vez que não pode ser considerada exorbitante.
6. Apelação desprovida.



ACÓRDÃO

Vistos e relatados os presentes autos em que são partes as acima indicadas, decide a Quinta Turma Especializada do Tribunal Regional Federal da 2ª Região, **por unanimidade, negar provimento à apelação**, na forma do Relatório e do Voto, que ficam fazendo parte do presente julgado.

Rio de Janeiro, 22 de novembro de 2016 (data do julgamento).

JÚLIO EMÍLIO ABRANCHES MANSUR
Juiz Federal Convocado



Apelação Cível - Turma Espec. III - Administrativo e Cível
Nº CNJ : 0004717-36.2016.4.02.5001 (2016.50.01.004717-0)
RELATOR : Juiz Federal Convocado JÚLIO EMÍLIO ABRANCHES MANSUR
APELANTE : COMPANHIA DOCAS DO ESPÍRITO SANTO - CODESA
ADVOGADO : SERGIUS DE CARVALHO FURTADO
APELADO : AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS
PROCURADOR : PROCURADOR FEDERAL
ORIGEM : 5ª Vara Federal Cível (00047173620164025001)

VOTO

Preenchidos os requisitos de admissibilidade, deve ser conhecido o recurso de apelação interposto.

A controvérsia posta nos autos cinge-se em perquirir se possível o desconto no valor a ser reembolsado ao beneficiário do plano de saúde da CODESA, em caso de consulta com médico não credenciado na rede.

De início, cumpre destacar que a Constituição Federal, em seu art. 5º, XXXII, dispõe que incumbe ao Estado promover, na forma da lei, a defesa do consumidor. É nesse sentido que as operadoras de planos de saúde privados estão sujeitas ao exercício do poder de polícia, sendo certo que suas atividades estão condicionadas à fiscalização administrativa.

Nessa esteira, a Lei nº 9.961/2000, ao instituir a Agência Nacional de Saúde, órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, estabeleceu, em seu art. 3º, que é finalidade da referida agência *“promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”*.

Assim, não se pode negar, por um lado, a atuação das agências reguladoras como agente normativo e regulador da atividade econômica e, por outro, a tutela sobre os beneficiários de planos de saúde, que, como destinatários finais de um serviço, enquadram-se na definição jurídica de consumidor.

Feitas estas considerações, passa-se à análise do caso concreto.

Compulsando os autos, verifica-se que a ANS lavrou o auto de infração de nº 53.425, haja vista que a autora teria deixado de garantir cobertura assistencial ao beneficiário Davi Bettcher Martins, matrícula 2336, para realização de procedimento de consulta com pneumologista, em julho de 2011, ao reembolsar a menor o valor pago pelo procedimento de forma particular, visto que não existia rede credenciada disponível para o atendimento.



Instaurado o processo administrativo nº 25779.014832/2011-02 (fls. 72/254), foi oportunizado à autuada o direito de defesa, que foi exercido, conforme se infere das peças de fls. 196/198 e 229/235. Desta feita, não se vislumbra cerceamento de defesa naqueles autos, eis que a parte autora foi intimada a se manifestar acerca dos fatos, tendo apresentado defesa e recurso administrativo.

Com efeito, não merece prosperar a alegação no sentido de que o auto de infração seria nulo ante a ausência de previsão legal, haja vista que a conduta realizada encontra-se tipificada no artigo 12, I, a da Lei nº 9.656/98 com penalidade estabelecida na Resolução Normativa – RN nº 124/2006, conforme consta do Auto de Infração nº 53.425.

Não se verifica a existência de vício capaz de ensejar a invalidação do processo administrativo de nº 25779.014832/2011-02, tampouco o auto de infração sob o nº 53.425, consoante os argumentos que seguem.

Com efeito, preleciona o artigo 12, I, a da lei 9.656/1998:

*Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes **exigências mínimas**: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

*I - quando incluir **atendimento ambulatorial**:*

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

Por sua vez, a declaração constante do Anexo V da Resolução Normativa nº 85, com alteração dada pela Resolução Normativa nº 100/2005 dispõe:

Não tendo sido possível a obtenção do número de registro no CNES de todos os prestadores, declaro, sob as penas da lei e para os fins do art. 13 da Resolução Normativa nº 85, que esta operadora garante o acesso de seus beneficiários em serviços de assistência no prazo máximo de 10 (dez) dias para os procedimentos básicos e consultas e em até 20 (vinte) dias nos procedimentos de maior complexidade, afirmando assim possuir suficiência qualitativa e quantitativa na rede de serviços para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei n.º 9.656/98. Para tal, utilizo prestadores próprios e/ou contratados diretamente, inclusive pela vinculação de entidades fora da abrangência geográfica contratual, ou indiretamente mediante acordos operacionais



com outras operadoras.

Assevera o parágrafo primeiro do artigo 7º da Instrução Normativa DIPRO nº 23, com redação dada pela Instrução Normativa DIPRO 28/2010:

"Art. 7º No envio pelo aplicativo RPS das informações referentes à rede assistencial, deverão ser informados todos os prestadores de serviços, da rede própria e/ou contratualizada, direta ou indiretamente, necessários ao atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, obedecendo, ainda, ao disposto no Anexo IV.

§ 1º A operadora deverá garantir prestadores para os serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, no município onde o beneficiário o demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência definida no contrato firmado com o beneficiário.

Com efeito, a operadora de Plano de Saúde deve não só disponibilizar o atendimento para procedimentos e consultas ao beneficiário, mas também cumprir o prazo de 10 dias constante na legislação específica a fim de evitar prejuízos a seus segurados.

De fato, restou incontroverso nos autos a ausência de especialista em pneumologista infantil para crianças menores de 5 (cinco) anos na rede credenciada, motivo pelo qual resultou na contratação pelo beneficiário de um especialista não credenciado à operadora e posterior requerimento de reembolso integral.

A argumentação da operadora de saúde gira em torno da inexistência da conduta infracional, visto que a operadora se prontificou a negociar atendimento médico para o beneficiário em determinado prazo, bem como efetuou o reembolso parcial do valor da consulta em razão de contratação de profissional não credenciado com fundamento na opção de Livre Escolha existente no contrato de plano de saúde coletivo empresarial da CODESA, o qual determina que o reembolso seja feito de acordo com a relação de preços de serviços médico-hospitalares praticados pelo plano, e seja integral apenas nos casos de urgência e emergência.

Ocorre que a cobertura por livre escolha do segurado é destinada para os casos em que, mesmo sendo oferecida na rede credenciada a cobertura buscada pelo segurado, este livremente escolhe fora dela se submeter à consulta, tratamento, cirurgia ou outro atendimento de que necessita, sendo-lhe lícito solicitar reembolso à seguradora, nos moldes contratados.

Contudo, não é o caso dos autos a aplicação das cláusulas relativas à livre escolha do segurado, visto que, na espécie, tal "livre escolha" foi forçada pelo plano, que impôs ao segurado situação mais gravosa. O beneficiário não tem à sua disposição profissional médico capacitado à consulta de que necessita o segurado na especialidade pneumologista infantil para crianças menores de 5 (cinco) anos, conforme asseverado pela própria autora. Nesses casos, a



orientação deveria ser no sentido de proceder à consulta com médico não credenciado com reembolso integral, afinal, não é por outro motivo, que não a inexistência de especialista, que o segurado busca em terceiros aquilo que não encontrou junto à seguradora.

Ressalta-se que, segundo artigo 4º da Resolução Normativa 259, de 17 de junho de 2011, da ANS, inexistindo especialista credenciado no Município, deve o Operador do Plano de Saúde garantir o atendimento com prestador particular no próprio Município com pagamento ao profissional ou estabelecimento de saúde feito diretamente a ele pela operadora. Caso haja a inexistência de médico especialista no município onde o beneficiário reside, deve-se garantir atendimento com prestador credenciado nos municípios limítrofes ou com prestador particular nos municípios limítrofes, com pagamento ao profissional ou estabelecimento de saúde feito diretamente a ele pela operadora.

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

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

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

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

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

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

Nessa linha, colacionam-se os seguintes precedentes:

PROCESSO CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. PASBC. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. EXAME. AUSÊNCIA DE REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. INEXISTÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. 1. Os embargos declaratórios só se justificam quando relacionados a aspectos que objetivamente comprometam a inteligibilidade e o alcance do pronunciamento judicial, estando o órgão julgador desvinculado da classificação normativa das partes. É desnecessária a análise explícita de cada



*um dos argumentos, teses e teorias das partes, bastando a resolução fundamentada da lide. 2. O mero inconformismo, sob qualquer título ou pretexto, deve ser manifestado em recurso próprio e na instância adequada para considerar novamente a pretensão. Embargos declaratórios manifestados com explícito intuito de prequestionamento não dispensam os requisitos do artigo 535 do CPC. Precedentes jurisprudenciais. 3. **O acórdão embargado consignou expressamente que é ilegal e abusivo forçar o beneficiário a antecipar o preço do serviço em face da omissão do PASBC em não incluir o tipo de exame em nenhuma das entidades conveniadas, além do fato de não indicar onde o usuário poderia realizar o procedimento na rede credenciada de seu município; pelo que o pagamento do procedimento deve ser realizado diretamente pela operadora ao prestador do serviço.** 4. A incompatibilidade da decisão recorrida com a prova dos autos, a lei de regência ou a jurisprudência majoritária não enseja declaratórios, que, concebidos para aprimorar a prestação jurisdicional, não podem contribuir, ao revés, para alongar o tempo do processo, onerando o já sobrecarregado ofício judicante. 5. Embargos de declaração desprovidos.*

(TRF2. ED 2012.51.01.046465-7. Sexta Turma Especializada. Relator Desembargador Federal Guilherme Bollorini Pereira. Data: 15/09/2014).

*DIREITO ADMINISTRATIVO. MANDADO DE SEGURANÇA. APELAÇÃO. PASBC. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. EXAME. AUSÊNCIA DE REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. 1. A sentença deixou de compelir o PASBC - Programa de assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central a pagar diretamente as despesas de exame específico, não coberto pela rede credenciada, restando ao impetrante, aposentado do BACEN adiantar o pagamento para posterior reembolso, convencido o juízo de que não é possível ao usuário misturar os regimes de planos de saúde de credenciamento e livre escolha. 2. A autoridade impetrada reconhece o direito do servidor ao exame de Cintilografia/Spect-CT com octerotide, esclarecendo apenas que, por ser de alta complexidade e raramente solicitado pelos usuários, não consta de nenhum dos estabelecimentos da rede conveniada. 3. Na assistência médica complementar, disciplinada em regulamento interno do Banco Central, a benefício dos seus servidores, aplicam-se os princípios e regras norteadores dos planos e seguros-saúde, que se submetem às resoluções da ANS. Assim, a negativa de cobertura de exame em hospitais ou centros conveniados deveria ter sido redigida com clareza, objetividade e destaque, facilitando a imediata compreensão do servidor aposentado beneficiário. 4. A Resolução Normativa nº 259/2011, da ANS, prevê apenas que a operadora deve garantir o atendimento em rede não credenciada e "no caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes". 5. **Inexistindo prestador integrante da rede assistencial credenciada que ofereça o serviço demandado, o pagamento do procedimento deve ser realizado diretamente pela operadora ao prestador do serviço. Aplicação da Resolução Normativa nº 259/2011, da ANS, art. 4º, I e § 1º.** 6. A "livre escolha" do usuário foi forçada pelo plano, que lhe impôs situação mais gravosa, por não poder adiantar os*



custos, em face da omissão - ou escolha - do PASBC de, antecipadamente, credenciar uma instituição - qualquer uma! - para realizar o exame que deu origem à presente contenda. 7. Nenhum prestador integrante da rede assistencial no mesmo município foi indicado como apto para realizar o exame que o BACEN admite como necessário e coberto pelo plano, e a omissão de credenciamento do PASBC não pode o Regulamento criado em benefício do usuário servir de obstáculo à sua concretização. 8. Apelação provida.

(TRF2. AC 2012.51.01.046465-7. Sexta Turma Especializada. Relatora Desembargadora Federal Nizete Lobato Carmo. Data: 15/07/2014).

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 259/2011 DA ANS (ALTERADA PELA RN Nº 268/2011). LEI Nº 9.656/1998. GARANTIA DE TRANSPORTE E REEMBOLSO. LEGALIDADE. I - No caso em tela, a ação foi ajuizada objetivando a declaração de inconstitucionalidade da Resolução Normativa nº 259/2011, modificada pela Resolução Normativa nº 268/2011, ambas da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e, conseqüentemente, a declaração de inconstitucionalidade das obrigações de transporte e de reembolso estabelecidas pelo aludido diploma normativo. II - Descabe a utilização da presente demanda como uma ação direta de inconstitucionalidade ou ilegalidade, com supressão das normas do ordenamento jurídico mediante eficácia erga omnes. As regras impostas pelas Resoluções 259 e 268 de 2011, da ANS, têm natureza de ato normativo genérico. A disciplina normativa questionada apenas pode ser analisada na fundamentação, como razões de decidir (*incidenter tantum*), para eventualmente afastar sua incidência na relação jurídica no caso concreto, produzindo, portanto, efeitos somente inter partes. III - Incumbe ao Estado assegurar o direito à vida e à assistência médica, nos termos do artigo 196 da Carta Magna. Todavia, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, razão pela qual as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste e mediante fiscalização, incentivo e planejamento do Estado (CF, arts. 199 e 174). IV - Com advento da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia federal responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência complementar à saúde em todo o território nacional (art. 1º). Tal competência é, inclusive, expressamente prevista no artigo 1º da Lei nº 9.656/98. Portanto, a autarquia federal está autorizada a regulamentar, normatizar, controlar e fiscalizar a assistência complementar à saúde desempenhada pelas instituições privadas. V - **A garantia de transporte prevista nos artigos 4º, 5º e 6º da RN 259/2011 da ANS e o reembolso integral estabelecido no artigo 9º do mencionado diploma normativo não são atos contrários à Constituição, tampouco à Lei nº 9.656/1998, que garante ao beneficiário/consumidor a assistência à saúde de forma contínua, com acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora de saúde, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador. A aludida normatização da ANS evita o desequilíbrio contratual e garante a assistência à saúde de forma continuada, em observância à Lei**



Federal e à Constituição. VI - A Resolução Normativa ANS nº 259/2011 (alterada pela RN nº268/2011) não viola o princípio da irretroatividade e o ato jurídico perfeito, uma vez que suas normas não atingem os atos realizados anteriormente a sua vigência. VII - Apelação conhecida e desprovida.

(TRF2. AC 2011.51.01.019972-6. Sétima Turma Especializada. Relator Desembargador Federal José Antonio Neiva. Data: 05/06/2014).

Nessa toada, a cobertura de consulta com especialista em pneumologista infantil para crianças menores de 5 (cinco) anos é obrigatória pelos planos de saúde, devendo manter em seus quadros médicos credenciados, visto que integra o rol de cobertura obrigatória expedido pela Agência Nacional de Saúde, sob pena de autuação pela ANS por não disponibilizar profissional credenciado na especialidade demandada, o que indica flagrante descumprimento à legislação que rege à saúde suplementar.

Desse modo, não se vislumbram quaisquer vícios no curso do processo administrativo capazes de ensejar nulidade, sendo subsistente o auto de infração.

Com relação à aplicação da multa, pelo fato da infringência às disposições da Lei 9.656/98, a mesma lei expressamente dispõe a respeito, bem como quanto ao seu balizamento, conforme se verifica dos artigos 25 e 27:

“Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: (...)

II - multa pecuniária;”

“Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.”

Nesse sentido, a Resolução Normativa nº 48/2003 da ANS, estabelece normas para instauração do processo administrativo que vise à apuração de infração aos dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar. Tal norma possibilita o arquivamento da demanda, caso haja reparação voluntária e eficaz de todos os prejuízos ou danos eventualmente causados, o que não ocorreu, no caso em tela, no tocante à inexistência de especialista em pneumologista infantil para crianças menores de 5 (cinco) anos credenciado junto à parte autora. Confira-se:



Art.11. As demandas serão investigadas preliminarmente na instância local, devendo ser arquivadas nessa mesma instância na hipótese de não ser constatada irregularidade, ou sendo constatada, se houver reparação voluntária e eficaz de todos os prejuízos ou danos eventualmente causados.

§1º Considera-se reparação voluntária e eficaz a ação comprovadamente realizada pela operadora que resulte no cumprimento útil da obrigação.

A apelada impugna a aplicação da multa, todavia não traz qualquer suporte para que se afaste.

Confira-se que a multa imposta à apelada observou a razoabilidade, já que fixada em R\$ 80.000,00 (oitenta e quatro mil reais) para a infração.

Dispõe o artigo 77 da Resolução Normativa nº 124/2006:

Art. 77. Deixar de garantir ao consumidor benefício de acesso ou cobertura previstos em lei:

Sanção – multa de R\$ 80.000,00.

Observa-se que a multa pecuniária base é no montante de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), havendo ANS fixado tal valor para a infração.

Assim, diante da infração cometida, não se vislumbra, no valor das sanções, violação à razoabilidade ou proporcionalidade, eis que o valor da multa é inferior ao montante máximo previsto na legislação e foi estipulado com vistas à condição econômica do infrator, à gravidade da falta e o fator multiplicador, não havendo a possibilidade de revisão pelo Poder Judiciário, uma vez que não pode ser considerada exorbitante.

Importante registrar que a imposição da multa tem caráter educativo e repressivo, e a autuação decorreu do poder de polícia da ANS, cujo objetivo foi resguardar o interesse público na assistência suplementar à saúde de modo a evitar danos aos consumidores.

Logo, diante da ausência de prova de vício na autuação administrativa, não merece reforma a sentença que julgou improcedente o pedido autoral.

Acrescenta-se que não cabe ao Judiciário avaliar o mérito dos atos administrativos. Apenas a legalidade da decisão é passível de apreciação, pois o ato administrativo goza de presunção de legitimidade e, assim, cabe ao interessado demonstrar que ocorreu ilegalidade.

Por fim, fixo os honorários advocatícios recursais em 5% (cinco por cento) sobre o valor da causa, observando-se o parágrafo onze do artigo 85 do CPC/2015, tendo em vista os Princípios da Razoabilidade e Proporcionalidade, considerando as partes envolvidas, o valor atribuído à causa, a complexidade da matéria, as dificuldades e o tempo despendido para a



execução do trabalho.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso de apelação.

É como voto.

JÚLIO EMÍLIO ABRANCHES MANSUR
Juiz Federal Convocado