

SAIU NO JORNAL



SAÚDE SUPLEMENTAR: 21 a 24 de setembro



Aras nega buscas na Saúde e STF autoriza investigação na Precisa a pedido da CPI

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 17/09/2021

Por considerar que "informações sensíveis e sigilosas" que não dizem respeito aos objetivos da CPI poderiam ser "indevidamente capturadas", o Procurador-Geral da República, Augusto Aras, enviou manifestação ao Supremo Tribunal Federal negando pedido da CPI da Covid para que fossem feitas buscas de documentos no ministério da Saúde.



Ele sugeriu que as buscas se restringissem apenas à empresa Precisa Medicamentos. A sugestão foi seguida pelo ministro Dias Toffoli, do STF, que, na manhã desta sexta-feira (17/9), autorizou a Polícia Federal a fazer diligências na empresa. A Precisa é acusada na CPI de intermediar a venda da vacina da empresa Covaxin, produzida pela empresa indiana Barath Biontech, transação sobre a qual existem suspeitas de pagamento de propina para funcionários do ministério.

"Assim, no tocante à possível busca e apreensão no Ministério da Saúde, não há como ser deferida, por ora, a medida requerida, uma vez que alternativas menos onerosas podem ser previamente tomadas com vistas à obtenção das informações pleiteadas pela CPI da Pandemia, bem como não foram apresentados indícios de destruição ou ocultamento que afaste a presunção de guarda da documentação dos órgãos públicos", afirma Aras em sua manifestação.

O pedido para que as buscas de documentos incluíssem também o ministério da Saúde, além da Precisa Medicamentos, foi feita pela CPI com base na constatação dos senadores de que a pasta estaria se recusando a fornecer informações solicitadas para colaborar com as investigações. De acordo com os senadores, "o comportamento da Precisa Medicamentos e do Ministério da Saúde causa natural preocupação entre os membros da Comissão Parlamentar de Inquérito". "Há, sem dúvida, risco concreto de ocultação ou destruição de documentos que assumem especial importância para o andamento das investigações", diz documento enviado ao STF e à PGR.

O argumento, contudo, não convenceu Augusto Aras. Segundo ele, a busca e apreensão, "por configurar verdadeira violência estatal legitimada", deve seguir rigorosamente os mandamentos constitucionais e legais, desde a postulação até seu deferimento e posterior cumprimento da medida. "O deferimento da medida pelo juiz deve ser certo e determinado, indicando o mais precisamente possível o objeto, o motivo e os fins da medida, conforme dispõe o art. 243, do Código de Processo Penal", sustenta.

"Não se desconhece o dever constitucional inerente a órgãos e entidades públicas de prestar informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas, sob pena de responsabilidade. A busca e apreensão, todavia, nos moldes em que pleiteada, não se trata de medida mais adequada a ser tomada com vistas à consecução dos documentos pleiteados pela CPI, devendo ser decretada em ultima ratio para alcance dos objetos da persecução penal: indícios de autoria e materialidade", concluiu.

Pet. 9.851

<https://www.conjur.com.br/2021-set-17/aras-nega-buscas-saude-stf-autoriza-investigacao-pedido->



Procon-SP notifica a Prevent Senior

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 17/09/2021

O Procon-SP notificou nesta sexta-feira (17/9) a operadora de Saúde Prevent Senior pedindo explicações a respeito das denúncias sobre aplicação de tratamento experimental em seus pacientes e ocultação de informação de mortes em estudos para testar a eficácia do chamado kit Covid, com medicamentos como cloroquina, ivermectina, azitromicina e sessões de ozonioterapia no tratamento do novo coronavírus. A empresa deverá apresentar a íntegra do estudo citado na denúncia, demonstrar sua conclusão e comprovar que os pacientes, ou seus responsáveis legais, foram alertados sobre os riscos do tratamento e concederam autorização para fazerem parte do estudo e passarem pelo tratamento.

O Procon-SP também quer que a operadora demonstre que comunicou previamente as autoridades sanitárias que os pacientes com Covid-19 (ou com a suspeita da doença) seriam submetidos a esse procedimento. Deverá também informar quantas pessoas foram submetidas ao tratamento, qual o período de duração do estudo e do tratamento, quantas pessoas morreram durante o estudo e quais as causas declaradas dos óbitos.

"A Prevent não pode adotar um tratamento ainda não cientificamente comprovado sem informar os pacientes de todos os riscos e da incerteza do prognóstico. Ao fazê-lo abusou da idade, inexperiência e falta de conhecimento do consumidor, deixando de passar informação essencial. Se de fato a empresa agiu deste modo, incorreu em prática abusiva", afirma Fernando Capez, diretor-executivo do Procon-SP.

A empresa já recebeu a notificação e tem sete dias, a partir da próxima segunda-feira (20/9), para responder aos questionamentos.

<https://www.conjur.com.br/2021-set-17/procon-sp-notifica-prevent-senior>



Plano de saúde deve indenizar paciente por não cobrir cirurgia bariátrica

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 18/09/2021

A recusa de uma operadora de saúde em autorizar a cirurgia de gastroplastia (cirurgia bariátrica), necessária ao tratamento de um paciente, caracteriza ofensa aos direitos de personalidade, pois o retardo na respectiva autorização enseja sofrimento do segurado. A partir desse entendimento, a 1ª Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba (TJ-PB) condenou a Unimed-João Pessoa a indenizar uma paciente que foi impedida de fazer uma cirurgia bariátrica pelo plano de saúde. Segundo o processo, a paciente entrou com ação após a Unimed se negar a cobrir sua gastroplastia. A operadora de saúde, em sua defesa, alegou que a paciente descumpriu a carência para cobertura de doenças pré-existentes, de 24 meses.

Ao analisar os autos, o juiz convocado João Batista Barbosa destacou que cabe ao operador de saúde cumprir os termos do contrato. "No caso, se a especialidade possui expressa previsão contratual, um procedimento de sua natureza jamais poderia ser objeto de escusa por parte da Unimed, sob o fundamento de doença pré-existente", ressaltou.

Ainda de acordo com o magistrado, o plano de saúde deve prestar o serviço, a partir de uma contraprestação pecuniária do associado, e assistir o usuário em serviços médico-hospitalares, sob pena de afronta à boa-fé e à função social do contrato. "Ademais, não merece acolhimento a assertiva da existência de doença pré-existente, pois, ainda que conste no laudo da nutricionista ganho de peso desde a infância, não significa dizer obesidade desde então", pontuou.

Assim, Barbosa definiu a indenização por danos morais no valor de R\$ 10 mil sob a justificativa de que "não é razoável admitir que tal negativa resida no mero dissabor. A negativa maculou sim a autora, pois, a despeito de estar ciente da necessidade da cirurgia, viu-se obstada a fazê-la por culpa exclusiva da Unimed que se negou a fornecê-la", frisou.

0800611-04.2019.8.15.0181



Filantropia de médicos que se candidatam a cargo público divide TSE

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 19/09/2021

O exercício de atividade de filantropia médica por candidato não configura, por si só, o abuso de poder econômico. Para sua configuração, é imprescindível a demonstração do caráter eleitoreiro da conduta a partir de elementos objetivos. A aplicação dessa orientação, firmada em jurisprudência pacífica, tem causado divergência no Tribunal Superior Eleitoral cada vez que a corte precisa analisar ações de investigação judicial eleitoral ajuizadas contra médicos que, além de filantropos, coincidentemente concorrem a cargos públicos.

A cada caso concreto, os ministros são chamados a interpretar em que momento o exercício da profissão em uma área cronicamente carente na sociedade brasileira se torna abuso de poder econômico, ilícito previsto no artigo 22 da Lei das Inelegibilidades (Lei Complementar 64/1990). O julgamento mais recente ocorreu na quinta-feira (16/9). Por 4 votos a 3, decidiu-se manter a inelegibilidade de oito anos imposta de Luiz Melo de França — Dr. Luizinho, para o eleitorado —, cassado do cargo de prefeito Neópolis (SE) porque atendeu pacientes gratuitamente durante o período eleitoral de 2016.

Para concorrer ao cargo, Luizinho, que era médico do serviço público municipal, fez a obrigatória desincompatibilização — deixou o cargo — no prazo exigido. Mas depois disso, fez consultas gratuitas à população durante oito dias. Para o Tribunal Regional Eleitoral do Sergipe, o ilícito se comprova porque os atendimentos tiveram como repercussão a gratidão da população ao médico, além de reforçar sua imagem como provedor na área da saúde. Ou seja, as pessoas seriam incapazes de distinguir o médico caridoso da figura do candidato.

O voto vencedor foi o do relator, ministro Luiz Edson Fachin, pela manutenção da



inelegibilidade. O voto divergente do ministro Luis Felipe Salomão propôs a reflexão sobre o tema. "Não se questiona se essa conduta pode configurar abuso do poder econômico. Em várias situações, ela foi assim reconhecida. É o exame do caso concreto que faz separar essa linha tênue. O relator entendeu diferente, mas a linha que faz essa divisão é muito fina. No caso concreto, diante dos elementos que o acórdão trouxe, não consegui ter a mesma compreensão", disse.

Afirmou que não há evidência de divulgação da pretensa candidatura de Dr. Luizinho durante esses atendimentos, nem distribuição de propaganda ou pedido de votos. Sequer se sabe ao certo quantas pessoas foram atendidas. "Não houve, propriamente, gravidade da conduta nessa prática, desenvolvida em curto espaço de tempo", pontuou.

Salvadores da pátria

Ao acompanhar a divergência, o ministro Alexandre de Moraes destacou que o tema é recorrente na pauta do TSE: médicos que tradicionalmente fazem trabalhos junto à população de menor condição econômica em cidades menores e que, por isso, acabam se alçando politicamente. Citou como exemplo Geraldo Alckmin, que era médico em Pindamonhangaba — mas iniciou a carreira política ainda durante a faculdade de medicina. Foi vereador e prefeito da cidade, deputado estadual e federal por São Paulo e governador do estado por quatro mandatos.

O salto da medicina para a política está realmente presente na política brasileira. Dados do TSE mostram que entre 557,9 mil candidaturas nas eleições municipais de 2020, 2,7 mil candidatos se declararam médicos — 0,49% do total. O número comporta candidaturas que foram indeferidas. Ou seja, nem todos efetivamente concorreram. "Isso não faz com que haja uma cláusula de indenidade penal eleitoral para médicos, em relação às campanhas. Exatamente por isso, há necessidade da desincompatibilização. Mas a população não conhece muito bem esses prazos de desincompatibilização", pontuou o ministro Alexandre.

O ministro Mauro Campbell concordou e usou o exemplo do seu próprio estado, o Amazonas, onde a dificuldade de recrutar médicos para exercer a profissão nas cidades interioranas faz com que eles alcancem prestígio local que, não raro, é capitalizado em eleição para chefe do Executivo municipal. "E na imensa maioria dos casos, o abuso do poder econômico não se configura, exatamente na linha de intelecção lançada pela divergência. Efetivamente, é preciso demonstrar indene de dúvidas que há, sim, conduta eminentemente eleitoreira e pré-ordenada para macular o sufrágio", disse.

Limites ultrapassados



A maioria, no entanto, votou com o ministro Fachin para manter a conclusão do TRE-SE, no sentido da configuração do abuso cometido por Dr. Luizinho. O ministro Sergio Banhos destacou que houve quebra de isonomia em relação a demais candidatos, sobretudo em um município carente de serviços públicos. Já o ministro Carlos Horbach ressaltou que o médico deixou o cargo público com antecedência, como exigido pela legislação, mas continuou prescrevendo com talonário de médico público. "Assim, me parece um caso de desincompatibilização formal, porém sem a ocorrência da desincompatibilização de fato", afirmou. Também formou maioria a ministra Cármen Lúcia, convocada para o julgamento.

Não foi a única vez que o colegiado considerou que o candidato cruzou os limites da filantropia. Em outubro de 2020, a corte cassou o mandato do deputado estadual Targino Machado (DEM-BA), eleito em 2018, e aplicou a inelegibilidade por oito anos pelos mesmos motivos: prática assistencialista por médico, com intenções eleitorais. Mas o caso foi mais óbvio e levou a decisão unânime. Os pacientes eram atendidos em clínica particular e transportados por van com a imagem do candidato. As consultas estavam condicionadas à apresentação do título de eleitor.

"A conclusão deste julgamento não é para impedir que candidatos que são médicos de exercer a medicina", pontuou o ministro Alexandre de Moraes, na ocasião. "Ao invés da elogiável e meritória filantropia, a prova indica fim eleitoreiro numa prática assistencialista", disse o ministro Luiz Edson Fachin.

Até mesmo a filantropia veterinária gerou cassação. Em outubro, o TSE cassou o mandato do deputado estadual pela Bahia Marcell Moraes (DEM), eleito em 2018 com o slogan "meu candidato já ajudou mais de 45 mil animais, e o seu?".

Limites respeitados

Por outro lado, o TSE, por maioria de votos, descartou o abuso do poder econômico no caso de Chico Pinheiro, eleito suplente de deputado estadual em Rondônia em 2018. Embora pecuarista, respondeu a processo porque, na condição de sócio do Hospital Carlos Chagas de Ariquemes (RO), coordenou projeto social médico meses antes de concorrer.

A prática consistiu em oferecer, em escolas rurais do município, atendimentos gratuitos de saúde à população, os quais acompanhava presencialmente ao lado de sua equipe. Não houve distribuição de material de campanha ou pedidos de voto. Quando o TSE julgou o caso, em abril de 2021, prevaleceu a posição do relator, ministro Luis Felipe Salomão. "A ausência in casu da imprescindível prova da repercussão da conduta na legitimidade e na lisura do pleito obsta o reconhecimento do abuso de poder na espécie", disse. "Sem olvidar que este Tribunal reconhece a



importância de coibir com rigor a exploração da filantropia na área da saúde", complementou.

Ficou vencido o ministro Luiz Edson Fachin, para quem os 853 atendimentos do programa social tiveram claro cunho eleitoreiro e foram inclusive acompanhados pelo candidato e sua esposa enquanto usavam signos relacionados à campanha. "Ou seja, é de se concluir que José Francisco Pinheiro lançou mão do aparato de que dispunha no seu empreendimento no âmbito da iniciativa privada — Hospital Carlos Chagas —, ao idealizar o projeto que lhe asseguraria posição mais vantajosa na disputa eleitoral, e ainda se valeu de espaços públicos para materializar tal intento, tudo no propósito — repito — de galgar posição mais proveitosa na disputa eleitoral", disse.

0603900-65.2018.6.05.0000

0603902-35.2018.6.05.0000

0000328-21.2016.6.25.0015

0601876-90.2018.6.22.0000

<https://www.conjur.com.br/2021-set-19/filantropia-medica-candidatos-cargo-publico-divide-tse>

Juíza de SC contraria STF e concede liminar para professora não se vacinar

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 19/09/2021

A juíza substituta Cibelle Mendes Beltrame, da 2ª Vara Cível da Comarca de Gaspar (SC), concedeu pedido liminar para que a professora Susan Theiss não seja obrigada a tomar vacina contra a Covid-19. A decisão foi provocada por mandando de segurança impetrado pela profissional em face do secretário de Educação do município de Gaspar. Na ação, ela narra que a prefeitura, por meio do Decreto 10.096/2021, tornou obrigatória a vacinação contra a Covid-19 para todos os trabalhadores da educação, sendo passível de aplicação das sanções dispostas na Lei Municipal n.



1.305/1991 e Decreto-Lei Federal n. 5.452/1943 (CLT), em caso de recusa injustificada.

Ela sustenta que assinou um termo de recusa a imunização e sustenta que por conta do decreto poderá sofrer pena de demissão em razão da obrigatoriedade da vacina. Ao analisar o caso, a magistrada lembra que Supremo Tribunal Federal, em julgamento conjunto das ADIs 6.586 e 6.587 e do ARE 1.267.879, decidiu pela constitucionalidade da medida de vacinação compulsória contra a Covid-19 prevista na Lei n. 13.979/2020, desde que as medidas de obrigatoriedade sejam indiretas e guardem razoabilidade e proporcionalidade.

Apesar disso, a julgadora afirma que com relação à obrigatoriedade da vacinação não pode ser exigida, visto que se tratam de "vacinas ainda em fases de estudos e que necessitam de aprimoramento e de estudos de segurança amplamente comprovados e divulgados à população antes de se tornar de uso obrigatório".

Para fundamentar sua decisão a juíza cita reportagens como a publicada pela CNN que trata de sugestão de laboratórios para que o governo crie um fundo para bancar ações judiciais contra a vacina e relatos de redes sociais e de aplicativos de troca de mensagens como o Telegram. "Assim, por que não aceitar o fato de que os recuperados de Covid desenvolvem a imunidade almejada por qualquer vacina, já que o objetivo de vacinar é justamente que a pessoa desenvolva anticorpos como se doente tivesse sido?", questiona a juíza.

A magistrada cita dados do Ministério da Saúde que informam que 21 milhões de brasileiros venceram "bravamente a Covid". E segue: "Infelizmente quase 600.000 brasileiros não a superaram, mas estes números demonstram que a doença pode ser vencida. Não é fácil vencer uma doença tão grave e por esta razão não se pode minimizar as consequências que imunizantes, não totalmente testados e não garantidos pelas empresas fabricantes, provoquem no ser humano".

Segundo ela, não se pode minimizar as consequências que imunizantes. Diante disso, ela deferiu medida liminar obrigando a suspensão da exigência da vacina da prefeitura em relação a professora e determinou que ela continue trabalhando na rede pública de ensino. Em dezembro de 2020, o STF decidiu que o Estado pode determinar que a vacinação da população seja obrigatória, inclusive contra a Covid-19, sendo afastadas medidas invasivas como o uso da força para exigir a imunização.

O colegiado definiu que a vacinação compulsória pode ser implementada por medidas indiretas, como a restrição ao exercício de certas atividades ou à presença em determinados lugares.

MS 5005078-34.2021.8.24.0025/SC



Prorrogadas as inscrições para o Prêmio IESS de Saúde Suplementar

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 19/09/2021

Estão prorrogadas até o dia 29 de outubro as inscrições para o "11º Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar". Nesta edição, cada um dos três primeiros colocados receberá R\$ 15 mil e os segundos colocados receberão R\$ 10 mil cada. Assim como na edição anterior, os orientadores dos trabalhos vencedores também serão compensados financeiramente com R\$ 3 mil. Na premiação principal podem concorrer artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso de pós-graduação (especialização, MBA, mestrado ou doutorado) nas áreas de Economia, Direito e Promoção de saúde, qualidade de vida e gestão em saúde. Além disso, também serão aceitas pesquisas de graduação (nível universitário).

Na seção de pôsteres podem ser inscritos tanto trabalhos desenvolvidos em âmbito acadêmico (graduação ou pós-graduação) quanto em empresas ou outras instituições interessadas, desde que respeitando o foco central em saúde suplementar e que estejam dentro das categorias da premiação. Os pôsteres exibidos on-line no portal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) vão contar com o International Standard Serial Number (ISSN) para divulgação curricular e plataformas como o Lattes.

Ao longo de mais de uma década, a premiação já condecorou mais de 50 trabalhos e avaliou centenas de estudos. Em um cenário de pandemia, a premiação é importante para avaliar as conquistas e avanços na saúde suplementar durante a crise sanitária e, principalmente, quais serão as principais tendências para garantir qualidade assistencial e equilíbrio financeiro às operadoras de saúde nos próximos anos.

As inscrições para o prêmio IESS e para exibição de pôster são gratuitas. Cada candidato



pode inscrever apenas um trabalho na premiação. O espaço para pôsteres não possui limite para inscrição. O regulamento completo pode ser acessado aqui, no portal IESS.

<https://www.conjur.com.br/2021-set-19/prorrogadas-inscricoes-premio-iess-saude-suplementar>

JF determina que União forneça medicamento de alto custo para paciente com AME

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 20/09/2021

Salvar uma vida não é despesa. É investimento. O que importa é dar a um ser humano a oportunidade de crescer, estudar, trabalhar e constituir família. Com esse entendimento, a juíza federal Joana Carolina Lins Pereira, da 12ª Federal de Pernambuco determinou que a União, por meio do Ministério da Saúde, forneça à uma criança, agora com 4 meses de idade, o medicamento Onasemnogene Apeparvovec (Zolgensma) no prazo de 20 dias (antes de a criança completar 6 meses).

O paciente foi diagnosticado com Atrofia Muscular Espinhal (AME), tipo I (G12.0), sendo esta uma doença grave, rara, neuromuscular, degenerativa, progressiva, irreversível e de origem genética (moléstia do neurônio motor, conhecida como Doença de Werdnig-Hoffmann). O caso ganhou projeção nos meios de comunicação após o lançamento da campanha “Ajude o Bem”, com o objetivo de arrecadar doações para aquisição do medicamento, que, segundo a família, custa US\$ 2.125.000.

De acordo com a manifestação da União, a criança já vem recebendo tratamento com o medicamento Nusinersena (Spinraza), fornecido pelo SUS, o qual estaria garantindo a estabilidade do quadro do paciente. A União argumentou, ainda, que não há comprovação de superioridade do medicamento postulado diante do que já vem sendo utilizado. A concessão do medicamento foi determinada pela juíza depois da promoção de uma perícia que confirmou que o Zolgensma é o mais indicado para o caso de Benjamin.

Lins Pereira destacou que os estudos mencionados no laudo pericial demonstram que a



medicação pleiteada possui maior eficácia, sobretudo por agir diretamente no gene, em dose única, ao contrário do Spinraza, que consiste num tratamento para o resto da vida, num custo de R\$ 400 mil por ano.

A magistrada citou recente decisão do Supremo Tribunal Federal que estabeleceu parâmetros a serem seguidos pelos magistrados nas demandas de saúde e, na sua visão, tais parâmetros, aplicados ao caso concreto, convergem para a procedência do pedido.

Por fim, a julgadora analisou os requisitos para concessão da tutela de urgência. Segundo ela, a probabilidade do direito foi amplamente caracterizada pelo laudo pericial e pelos médicos da criança. Por seu turno, o perigo da demora também está configurado, uma vez que o medicamento Zolgensma somente pode ser ministrado até a criança completar dois anos e, mais importante, tem sua eficácia acentuada quando aplicado antes do agravamento dos sintomas.

“Decorridos estes vinte anos de magistratura, posso dizer que, salvando a vida de uma criança, tudo terá valido a pena. Afinal, nosso ofício é distribuir justiça e garantir a paz social, é assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais que nos são tão caros, e entre os quais se sobressaem o direito à vida e à dignidade da pessoa humana. Se o Estado tem condições de prover esses direitos, sem sacrifício que não possa ser contornado – seja com mais economia em áreas de reconhecida desnecessidade, seja através de remanejamentos orçamentários -, não se pode negar a uma criança o direito de viver”, ressaltou a juíza, concluindo esperar que o paciente “constitua a mais viva evidência da boa e justa aplicação dos recursos públicos”.

Em sua decisão, a magistrada determinou também que a parte autora informe, no prazo de cinco dias, o valor já arrecadado através da campanha, o qual será abatido do montante a ser pago pela União.

0816999-13.2021.4.05.8300

<https://www.conjur.com.br/2021-set-20/uniao-condenada-fornecer-medicamento-bebe-ame>

Prevent Senior pede que PGR investigue denúncias em debate na CPI



Data: 20/09/2021

Nesta segunda-feira (20/9), a operadora de saúde Prevent Senior pediu ao procurador-geral da República, Augusto Aras, a investigação das denúncias contra a empresa, que vêm sendo analisadas pela CPI da Covid no Senado. No último mês de agosto, a comissão passou a se interessar por denúncias da imprensa, segundo as quais a operadora de saúde teria pressionado médicos a prescreverem medicamentos sem eficácia comprovada contra a Covid-19 e ainda assediado pacientes para aceitar o "tratamento precoce".

No requerimento enviado ao PGR, a Prevent Senior alega ser vítima de denúncia caluniosa, promovida por um suposto conluio que busca divulgar informações falsas sobre a empresa. A grande repercussão estaria causando um abalo na reputação da operadora e um movimento inadequado da máquina estatal. O documento é assinado pelos advogados Aristides Zacarelli Neto e Adriano Scattini.

Segundo a operadora, os documentos obtidos pela imprensa teriam sido manipulados e usados fora de contexto, pois conteriam "graves divergências" com as planilhas originais de análises de dados dos pacientes. Os prints de WhatsApp também teriam omitido passagens para "construir uma narrativa fantasiosa e difamatória".

A empresa indica que um casal de médicos anteriormente credenciados à operadora teriam acessado e editado os arquivos, compartilhado com sua advogada e divulgado à GloboNews. Outra acusação é de que a CPI trataria a Prevent como investigada desde os primeiros requerimentos, quando sua condição ainda era de testemunha.

Fatos negados

Os advogados argumentam que os hospitais da operadora já haviam sido "exaustivamente" fiscalizados e investigados por diversos órgãos governamentais, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). O Ministério Público de São Paulo também instaurou procedimentos contra a Prevent Senior relacionados à Covid-19. Mas a defesa destaca que 21 deles já foram arquivados, enquanto os demais aguardam conclusão.

A Prevent defende que "o tratamento a ser proposto é prerrogativa do médico que assiste o



paciente, em estrita observância ao Código de Ética Médica". Os atendimentos levariam em conta "os riscos e benefícios da prescrição de medicamentos de maneira individualizada e personalizada para cada paciente".

O depoimento do diretor-executivo da empresa, Pedro Benedito Batista Júnior, está agendado para esta quarta-feira (22/9). A defesa diz que "o mérito das denúncias será efetivamente rebatido, ponto a ponto".

<https://www.conjur.com.br/2021-set-20/prevent-senior-pgr-investigue-denuncias-debate-cpi>

STJ recebe denúncia contra Wilson Lima por crimes no combate à Covid-19

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 20/09/2021

A Corte Especial do Superior Tribunal de Justiça recebeu, nesta segunda-feira (20/9), denúncia contra o governador do Amazonas, Wilson Lima (PSC), e outras 12 pessoas por supostos crimes cometidos na compra de ventiladores pulmonares para o tratamento de Covid-19. Por unanimidade, os ministros acompanharam o voto do relator, ministro Francisco Falcão, no sentido de processar o governador e demais acusados pelos crimes de dispensa de licitação sem observância das formalidades legais, fraude em licitação por aumento abusivo de preços e sobrepreço, peculato e organização criminosa.

Wilson Lima e o ex-secretário João Paulo Marques do Santos também responderão por embaraço à investigação de organização criminosa. Por outro lado, a denúncia foi rejeitada contra outros dois investigados. O ministro Falcão ainda foi acompanhado na decisão de não desmembrar o processo, embora, entre todos os denunciados, apenas o governador tenha prerrogativa de foro no STJ. Entendeu que essa divisão, com envio dos autos para as instâncias ordinárias, colocaria em risco a instrumentalidade na busca conjunta da verdade na instrução processual e o objetivo de não proferir decisões contraditórias.



A denúncia, oferecida pelo Ministério Público Federal e assinada pela subprocuradora Lindôra Araújo, é fruto de uma investigação que começou em 2020 e durante a qual se apurou que 28 respiradores foram comprados sem licitação por meio de esquema fraudulento.

O esquema

Segundo o ministro Falcão, as investigações conduzidas pela Polícia Federal e a concatenação dos fatos feita pela denúncia do MPF levam à conclusão de que existe justa causa para processar o governador Wilson Lima. Ele teria exercido o comando de uma organização criminosa com o objetivo de fraudar a compra de ventiladores pulmonares por meio de dispensa de licitação e peculato.

Em suma, isso aconteceu quando pediu ao então secretário de saúde, Rodrigo Tobias, para incluir o empresário Gutemberg Alencar no processo de compra dos equipamentos, em 4 de abril. A data era o limite para recebimento de proposta no procedimento de aquisição, da qual saiu vencedora a empresa Sonoar. Gutemberg é apontado como o operador do esquema que levou o governo amazonense a considerar vencedora outra proposta, feita pela loja de vinhos FJAP em 6 de abril, fora do prazo inicial fixado no procedimento de aquisição. O valor final foi R\$ 496 mil acima do que fora proposto pela Sonoar.

No dia seguinte, 9 de abril, a loja de vinhos recebeu R\$ 2,9 milhões do governo amazonense. Em suma, a empresa teria servido como intermediária ao simplesmente comprar os aparelhos da Sonoar e repassar ao poder público com valor supostamente ainda mais superfaturado. O equipamento que, mesmo durante a epidemia, custava R\$ 17 mil (cada unidade) foi vendido por mais de R\$ 100 mil ao poder público.

Ainda segundo o relator, houve deliberada adulteração do procedimento de compra, sobretudo para regularização de documentação perante o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas do Amazonas.

Julgamento longo, caso extenso

Para analisar o recebimento da denúncia, a Corte Especial marcou sessão extraordinária, única maneira suficiente de acomodar o caso. No período da manhã, foram feitas 12 sustentações orais. O julgamento foi interrompido para almoço e, no período da tarde, o colegiado deliberou até o início da noite após a leitura do longo voto do relator.

O único ponto de discordância que surgiu no caso diz respeito a preliminares de cerceamento de defesa, levantada pelos advogados de alguns dos réus em referência à juntada de novos autos



pela Polícia Federal após o último adiamento do recebimento da denúncia. A alegação é que algumas das defesas não puderam e manifestar por último quanto a esses documentos.

Também por conta da tramitação tumultuada do caso, o advogado do governador Wilson Lima, Nabor Bulhões, apontou que o relator não teria examinado a matéria na perspectiva da defesa, pois teria liberado o voto para os colegas no sistema eletrônico da corte com muita antecedência. O relator afastou as alegações, apontando que o adiamento foi justamente para oferecer aos defensores a possibilidade de analisar documentos e se pronunciar sobre os mesmos, além da não-comprovação de prejuízo. Apenas o ministro Raul Araújo divergiu quanto a essa preliminar.

APn 933

<https://www.conjur.com.br/2021-set-20/stj-recebe-denuncia-wilson-lima-crimes-epidemia>

Estados e municípios podem vacinar adolescentes sem comorbidades

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 21/09/2021

Por considerar que tanto a vacinação dos professores como a dos estudantes é essencial para a retomada segura das aulas presenciais, o ministro do Supremo Tribunal Federal Ricardo Lewandowski concedeu, nesta terça-feira (21/9), liminar para determinar que a decisão de imunizar adolescentes contra a Covid-19 deve ser tomada por estados e municípios, com base em recomendações das fabricantes das vacinas, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e de autoridades médicas.

Os partidos PSB, PT, Psol, PCdoB e Cidadania questionaram a decisão do Ministério de Saúde de retirar jovens entre 12 e 17 anos sem comorbidades do Plano Nacional de Imunização. Na liminar, Ricardo Lewandowski afirmou que qualquer decisão sobre a inclusão ou exclusão de adolescentes no rol de pessoas a serem vacinadas deverá levar em consideração as evidências científicas e análises estratégicas em saúde, conforme previsto no artigo 3º, parágrafo 1º, da Lei



Além disso — disse o magistrado —, o Supremo já definiu que decisões administrativas relacionadas à proteção à vida, à saúde e ao meio ambiente devem observar standards, normas e critérios científicos e técnicos, tal como estabelecidos por organizações e entidades internacional e nacionalmente reconhecidas (ADIs 6.421, 6.422, 6.424, 6.425, 6.427, 6.428 e 6.43). Em 15 de setembro, o Ministério da Saúde restringiu a recomendação de vacinação contra a Covid-19 aos adolescentes que tiverem deficiência permanente, comorbidades ou que estejam privados de liberdade. Para o ministro, a medida não respeitou estudos científicos.

"Dessa maneira, verifico — embora em um exame prefacial, típico das tutelas de urgência — que o ato do Ministério da Saúde aqui questionado não encontra amparo em evidências acadêmicas, nem em análises estratégicas a que faz alusão o artigo 3º, parágrafo 1º, da Lei 13.979/2020, e muito menos em standards, normas e critérios científicos e técnicos, estabelecidos por organizações e entidades internacional e nacionalmente reconhecidas, nos termos definidos no julgamento conjunto da ADI 6.421 e em outras ações", avaliou Lewandowski.

Ele ressaltou que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, a Sociedade Brasileira de Imunizações e a Sociedade Brasileira de Infectologia defenderam a importância da vacinação de adolescentes contra a Covid-19 e pediram que o Ministério da Saúde reconsiderasse sua decisão.

O ministro também ressaltou que a Anvisa e órgãos semelhantes dos Estados Unidos e da Europa aprovaram o uso da vacina da Pfizer em adolescentes entre 12 e 18 anos. Tais decisões, aliadas às manifestações de organizações médicas, "levam a crer que o Ministério da Saúde tomou uma decisão intempestiva e, aparentemente, equivocada, a qual, acaso mantida, pode promover indesejáveis retrocessos no combate à Covid -19", afirmou o magistrado.

Lewandowski ainda ressaltou que o artigo 227 da Constituição Federal atribuiu "prioridade absoluta" ao direito à saúde, à vida e à educação das crianças, adolescentes e dos jovens. E essa garantia, a seu ver, precisa ser levada em consideração na política pública de imunização contra o coronavírus, especialmente por sua relevância para a volta dos adolescentes às aulas presenciais.

Como o artigo 211, parágrafo 3º, da Constituição Federal, estabelece que os estados atuarão prioritariamente no ensino fundamental e médio, o ministro analisou que as autoridades sanitárias locais podem adequar o Plano Nacional de Imunização às suas realidades e promover a vacinação de adolescentes sem comorbidades.



Isso desde que deem publicidade às suas decisões, que devem ser motivadas e baseadas em dados científicos e avaliações estratégicas, especialmente aquelas relacionadas ao planejamento da volta às aulas presenciais. "O Supremo privilegia, mais uma vez, o direito à vida e à saúde, e garante a atuação dos estados e municípios em meio às políticas desastrosas do governo federal no combate à pandemia", disse Rafael Carneiro, advogado do PSB na ação.

ADPF 756

<https://www.conjur.com.br/2021-set-21/estados-municipios-podem-vacinar-adolescentes-lewandowski>

Rosa suspende quebra de sigilo de advogado determinada pela CPI da Covid

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 21/09/2021

A ministra Rosa Weber, do Supremo Tribunal Federal, deferiu liminar em mandado de segurança para suspender a quebra dos sigilos telefônico, telemático, fiscal e bancário do advogado Márcio Luis Almeida dos Anjos e da Maia & Anjos Sociedade de Advogados, determinada pela CPI da Covid, do Senado Federal. Segundo informações prestadas pela CPI, a quebra seria necessária para apurar a correlação comercial, bancária e fiscal do advogado e do escritório com a Precisa Medicamentos e com suas filiais, coligadas e sócios — em especial Francisco Emerson Maximiliano.

Na ação, o advogado e a empresa afirmam que o requerimento foi aprovado sem fundamentação idônea, com base em narrativa genérica, sem demonstrar a relação entre eles e o objeto de investigação da CPI. Ao determinar a suspensão da quebra de sigilos, a ministra ressaltou a necessidade de que os requerimentos apresentem suporte fático indicativo do envolvimento do investigado nos fatos sob apuração no âmbito do inquérito legislativo, o que, em seu entendimento, não foi observado no caso.

Ela não verificou, nos requerimentos aprovados pela CPI, nenhuma menção ao envolvimento



do advogado e do escritório em eventos relacionados à crise sanitária do país, em relação tanto à atuação do governo federal quanto ao gasto de verbas públicas destinadas ao enfrentamento da epidemia (como, por exemplo, a aquisição de imunizantes). Rosa Weber explicou que a simples alusão à existência de intercâmbios bancários aleatórios e a relação comercial entre o advogado e a Precisa não evidenciam irregularidade, ilicitude ou mesmo pertinência com a investigação parlamentar em curso.

Prerrogativas

Ainda segundo a relatora, as quebras de sigilo determinadas pela CPI parecem não se conciliar com as prerrogativas do Estatuto da Advocacia, que assegura a inviolabilidade das comunicações do advogado. Ela lembrou que o STF tem assentado que essa imunidade deve ser dirigida à proteção do sigilo na relação cliente-advogado, sem alcançar situações em que a conduta do advogado ultrapassa as balizas legais e ingressa na seara do direito penal. Ocorre que, segundo a ministra, essa não parece ser a hipótese, especialmente pelo que se observa dos fundamentos que deram suporte às medidas.

De acordo com a decisão, os dados sigilosos eventualmente já encaminhados à CPI devem ser lacrados e mantidos sob guarda e responsabilidade do presidente da comissão, até o julgamento do mérito do mandado de segurança, sendo proibidas a remessa ou a divulgação. Com informações da assessoria de imprensa do Supremo Tribunal Federal.

MS 38.188

<https://www.conjur.com.br/2021-set-21/rosa-suspende-quebra-sigilo-advogado-determinada-cpi>

Lei que cria fila única emergencial de leitos hospitalares é constitucional

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 21/09/2021



É constitucional a lei que cria uma fila única emergencial de leitos hospitalares por não tratar da estrutura ou atribuição de secretarias municipais e órgãos da administração pública, nem do regime jurídico de servidores públicos. Com esse entendimento, o Órgão Especial do Tribunal de Justiça de São Paulo validou uma lei de São José do Rio Preto, que institui o programa "leito para todos" e cria uma fila única emergencial para gestão de leitos hospitalares públicos e privados, com o objetivo de garantir acesso universal e igualitário às internações aos pacientes com Covid-19.

A norma, de iniciativa parlamentar, foi contestada pela prefeitura com o argumento de que o texto compromete as ações já programadas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, além de causar "tumulto administrativo" e invadir matéria reservada à administração. Por unanimidade, a ADI foi julgada parcialmente procedente. O relator, desembargador Torres de Carvalho, afastou o argumento de vício de iniciativa. Segundo ele, a lei não cuida da estrutura ou atribuição de secretarias e órgãos da administração pública, nem do regime jurídico de servidores públicos. Por isso, não se insere na competência legislativa privativa do prefeito.

"Trata-se de lei que cuida de política pública voltada democratização do acesso à saúde no município, em situação específica e delimitada, qual seja a pandemia. A través da criação da fila única emergencial, busca-se a gestão de todos os leitos hospitalares do município, a fim de assegurar a utilização, controle e gerenciamento, pelo SUS, de toda capacidade hospitalar", afirmou.

O relator também não verificou violação ao princípio da separação dos poderes e destacou que o parágrafo único do 5º da lei impugnada indica que "a utilização de leitos privados dar-se-á por oportunidade e conveniência da administração pública, devendo ser feita através de prévia comunicação e com a devida fundamentação".

"Embora os demais dispositivos indiquem que a ordem da fila única emergencial é de observância obrigatória, estando vedada a negativa à disponibilização de leito na rede privada para pacientes que não possuam capacidade financeira, prevalece a descrição da administração na contratação de leitos privados. O possível conflito com as instituições privadas, decorrente da contratação do leito privado sem pagamento prévio e por valor estabelecido em tabelas do SUS, não é causa de inconstitucionalidade e será solucionado conforme ocorra", disse.

O único artigo invalidado tratava da qualificação como infração civil e penal de eventual fraude na formação da fila única. Segundo Torres de Carvalho, o dispositivo invadiu a competência exclusiva da União para legislar sobre direito penal e direito civil.

2007149-81.2021.8.26.0000



Pai que não tomou vacina contra Covid-19 é impedido de visitar filha

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 21/09/2021

Devido aos possíveis prejuízos à criança, a Vara de Família de Passo Fundo (RS) suspendeu, em liminar, o direito de visita à filha de um pai que se recusou a tomar a vacina contra a Covid-19. Os pais do bebê têm um acordo de guarda compartilhada. A garota vive na casa da mãe e o pai pode conviver com ela livremente, desde que seja combinado com antecedência.

Dois meses atrás, o pai contraiu a Covid-19, foi internado em estado grave e transmitiu a doença para a menina. Após se recuperar, ele manteve as visitas à filha, sem tomar os devidos cuidados, e afirmou que não iria se vacinar.

A mãe, já vacinada com a primeira dose, pediu a suspensão das visitas. O juiz do caso acolheu o pedido e ressaltou que "os pais devem tomar todas as medidas necessárias para proteção dos infantes, que neste momento não estão sendo imunizados". Também foi autorizada a retomada da convivência a partir da comprovação da vacinação completa do pai.

Para a defensora pública Vivian Rigo, que atuou no caso, a saúde da criança precisava ser protegida da negligência do pai, já que a sua imunidade ainda é frágil. "A necessidade de se observar as orientações e regras sanitárias para a prevenção de contágio e também para evitar a propagação de um vírus responsável por uma pandemia global vai além do interesse individual", diz ela. De acordo com Rigo, quem insiste em não se vacinar deve "assumir os reflexos dessa opção".

Com informações da assessoria de imprensa da Defensoria Pública do RS.

<https://www.conjur.com.br/2021-set-21/pai-negou-vacina-covid-19-impedido-visitar-filha>



As cláusulas restritivas de coberturas em contratos de seguro de vida

Fonte: Consultor Jurídico

Por: Claudia Avari Padovan

Data: 21/09/2021

O contrato de seguro de vida é um negócio jurídico muito comum, tanto na modalidade individual quanto nas contratações em grupo. É um contrato oneroso, aleatório, formal e consensual, regido pelas cláusulas que integram as apólices. Estas devem prever as regras gerais do negócio, os riscos abrangidos e os limites da garantia, o prazo de validade, entre outros aspectos que foram previamente negociados entre as partes (artigo 760 do Código Civil). Em geral, as negociações não são amplas, já que o contrato de seguro é uma espécie de contrato de adesão; contudo, algumas situações específicas podem ser acrescentadas ou excluídas, a depender das características do negócio ou do grupo contratante.

Seja qual for a modalidade do contrato de seguro, é de suma importância que as cláusulas restritivas de coberturas sejam incluídas com destaque nas apólices ou nos termos de condições gerais, assim como as que abrangem coberturas não usuais. O mesmo se diz em relação à redação de tais cláusulas, de modo que sua leitura não permita mais de uma interpretação, nem deixe dúvidas a respeito do seu conteúdo e alcance.

Recentemente, a 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça negou provimento ao recurso especial interposto pela Associação Nacional de Defesa da Cidadania e do Consumidor (Anadec) na ação civil pública por ela ajuizada visando a anular, por abusividade, cláusula de contrato de seguro de vida em grupo que reduzia a cobertura nos casos de invalidez por acidente quando este fosse decorrente de hérnias, parto ou aborto, perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, e choque anafilático.

Para a corte, que manteve a decisão do TJ-SP, a revisão judicial do contrato de seguro é possível sempre que exista cláusula abusiva, imposta unilateralmente pelo fornecedor, que contrarie



a boa-fé objetiva ou a equidade, promovendo desequilíbrio contratual e oneração excessiva ao consumidor (artigo 51 do CDC). No caso concreto, a abusividade não se verificou, primeiro porque as situações excludentes estavam expressamente previstas nas condições gerais do contrato (artigo 760 do Código Civil) e, segundo, porque o CDC permite a inserção de cláusula limitativa de direito em contrato de adesão, apenas exigindo que a redação seja destacada (artigo 54, parágrafo 4º, do CDC).

No acórdão, o relator, ministro Antonio Carlos Ferreira, destacou que alteração das condições pactuadas acarretaria o desequilíbrio econômico do contrato, porque é com base na avaliação dos riscos que as companhias definem o valor do prêmio e a mensalidade do seguro, conforme as características de cada segurado e a operação correspondente. Assim, é imprescindível que a parte contratante do seguro esteja ciente do conteúdo das cláusulas e, especialmente, das restrições e dos limites das coberturas previstas no contrato, uma vez que, obedecidas as normas que regem essa modalidade de negócio jurídico, ainda que ao caso se aplique o CDC, a intervenção estatal fica adstrita à análise dos aspectos formais da contratação.

Claudia Avari Padovan é sócia do escritório Ferfogliã Dias Advogados.

<https://www.conjur.com.br/2021-set-21/padovan-clausulas-restritivas-coberturas-seguro-vida>

TJ-SP bloqueia R\$ 142 mil da Precisa por dívida com laboratório mineiro

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 22/09/2021

A 27ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo determinou o arresto cautelar de R\$ 142 mil da Precisa Medicamentos por uma dívida com o laboratório Cortês Villela, de Juiz de Fora (MG), envolvendo a vacina indiana Covaxin. O Cortês Villela firmou um contrato com a Precisa Medicamentos, em janeiro de 2021, para compra de 7,2 mil doses da Covaxin, produzidas pelo laboratório indiano Bharat Biotech. À época, a Precisa alegou ser a representante da Bharat



Biotech no Brasil.

O contrato previa a entrega de doses no prazo de até 30 dias após a publicação do registro da vacina junto à Anvisa, com estimativa de que isso ocorresse em março. O valor para cada dose foi de U\$ 38. O Cortês Villela pagou, como sinal, a quantia referente a 10% do total do contrato, ou seja, cerca de R\$ 142 mil. O acordo também previa que, em caso de não entrega das doses até 15 de abril, o Cortês Villela poderia reaver o sinal em dez dias úteis. Com o registro da Coxavin negado pela Anvisa em 16 de abril, a empresa mineira notificou a Precisa para restituição dos R\$ 142 mil. Em 21 de maio, foi assinado um termo de distrato de contrato de compra e venda.

Porém, conforme o Cortês Villela, o dinheiro não foi devolvido até o momento, o que motivou o pedido de arresto cautelar dos bens da Precisa. Um dos argumentos foi que a Precisa vem sendo investigada pelo Ministério Público e pela CPI da Covid por uma série de irregularidades na negociação da Covaxin com o Ministério da Saúde, incluindo suspeita de fraude em documentos e superfaturamento.

Sendo assim, o Cortês Villela defendeu a necessidade de arresto de bens da Precisa para garantir a restituição dos R\$ 142 mil. O pedido foi negado em primeira instância. O TJ-SP, por sua vez, reformou a decisão e acolheu os argumentos do laboratório mineiro. De acordo com o relator, desembargador Alfredo Attié, o arresto, enquanto medida cautelar, consiste na apreensão de bens indeterminados do patrimônio do devedor para o fim de viabilizar uma futura penhora, resguardando o direito pretendido.

"No caso concreto, verifica-se a presença dos requisitos legais para o deferimento da tutela cautelar de arresto de bens da ré. Conforme consta da inicial, as partes firmaram contrato para a compra de doses de vacinas da Covaxin e, após distrato, a ré não pagou os valores devidos a título de sinal, como acordado entre as partes. Há, portanto, probabilidade do direito", afirmou.

Para o magistrado, também há empecilho para a concretização do contrato, tendo em vista que a Anvisa não aprovou o uso da Covaxin no Brasil. Além disso, Attié citou as investigações contra a Precisa Medicamentos para justificar a necessidade do arresto. "A ré vem sendo investigada por participação alegada em uma série de ilícitos penais e civis, envolvendo a compra das vacinas da Covaxin, de forma superfaturada e fraudulenta, fatos que são gravíssimos, por CPI no Senado Federal, a denotar sério risco de não pagamento dos valores antecipados pela autora. Há, assim, perigo de dano e risco ao resultado útil do processo", completou.

O relator autorizou então o arresto cautelar de bens da Precisa Medicamentos no valor do débito cobrado pelo Cortês Villela. Attié também determinou o envio de cópia integral dos autos à



CPI da Covid. A decisão se deu por unanimidade.

2193484-14.2021.8.26.0000

<https://www.conjur.com.br/2021-set-22/tj-sp-bloqueia-142-mil-divida-laboratorio-mg>

Jornada debate caminhos para redução de conflitos na saúde suplementar

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 22/09/2021

Nesta quinta-feira (23/9), das 11h às 13h, acontece a nova edição da Jornada Jurídica da Saúde Suplementar com o tema "Instrumentos de apoio à decisão judicial em temas da saúde". Organizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em parceria com o Colégio Permanente de Diretores de Escolas de Magistratura (Copedem) e a revista eletrônica Consultor Jurídico, o encontro vai debater as possibilidades de redução dos conflitos nos tribunais com questões envolvendo a saúde suplementar.

O evento conta com a participação do ministro Marco Buzzi, do Superior Tribunal de Justiça (STJ); da desembargadora Etelvina Felipe, corregedora-geral de Justiça do Tocantins; Nathalia Pompeu, superintendente jurídica da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) e Arnaldo Hossepian, procurador do Ministério Público do Estado de São Paulo.

"O encontro é uma boa oportunidade para analisarmos formas de apoio às decisões de magistrados sobre questões de saúde suplementar. Normalmente, as demandas vêm acompanhadas de laudos médicos que deixam o magistrado desconfortável em questionar. No entanto, suas dúvidas podem ser elucidadas com consultas a bibliotecas de pareceres, notas técnicas, núcleos de apoio e outros instrumentos. Espera-se que com sentenças mais bem fundamentadas se desestimulem demandas que busquem obter o que o beneficiário não pagou para ter, porque não contempladas nas normas ou contrato", opina José Cechin, superintendente executivo do IESS.



Na oportunidade, os participantes vão analisar os sistemas existentes para apoiar o processo decisório do judiciário e quais subsídios os magistrados se valem para a tomada de decisões, inclusive em situações de urgência e emergência; quais requisitos esses sistemas necessitam para ter apoio efetivo às decisões; e, quais meios podem colaborar para promover a mediação e redução de conflitos.

A iniciativa é apresentada pelo JurisHealth, plataforma do IESS voltada para informações jurídicas e regulatórias da saúde suplementar. O evento pode ser acompanhado pelo site do IESS e pelos canais do YouTube do IESS e da ConJur.

<https://www.conjur.com.br/2021-set-22/jornada-debate-caminhos-reduzir-conflitos-saude-suplementar>

Obrigar plano de saúde a pagar fertilização in vitro desequilibra contrato, diz relator

Salvo por disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico da fertilização in vitro

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 22/09/2021

Essa foi a tese proposta pelo ministro Marco Buzzi à 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, que nesta quarta-feira (22/9) começou a julgar a obrigatoriedade ou não de cobertura, pelos planos de saúde, dessa técnica de reprodução assistida. O julgamento foi interrompido por pedido de vista. A tese é apreciada em três processos de mulheres que, com dificuldade para engravidar, tiveram recomendado por seus médicos a fertilização in vitro. Duas sofrem com endometriose e uma, de hidrossalpinge (condição relacionada à endometriosa). Por conta disso, têm baixa reserva ovariana.

O tema, apreciado em recursos repetitivos, é controverso no Judiciário brasileiro porque opõe direitos reprodutivos garantidos constitucionalmente na figura do planejamento familiar, previsto na Lei dos Planos de Saúde, e o equilíbrio atuarial do contrato, grande preocupação do Judiciário



quando o tema é saúde suplementar. Embora tribunais brasileiros tenham por vezes entendido que as operadoras de plano de saúde devem custear procedimentos de fertilização in vitro porque ter um filho faz parte do planejamento familiar, no âmbito do STJ o tema está pacificado.

Tanto a 3ª Turma quanto a 4ª Turma, que julgam matéria de Direito Privado, entendem que as operadoras podem excluir esse procedimento de sua cobertura obrigatória. Foi nesse sentido que o relator, ministro Marco Buzzi, propôs a tese. O problema é que não há disposição em lei para tratar especificamente da fertilização in vitro, mas apenas da inseminação artificial. E elas são técnicas distintas.

Na primeira, o embrião é criado em laboratório (bebê de proveta) e inserido posteriormente na mãe. Na segunda, o procedimento é mais simples: o sêmen masculino é inserido artificialmente no corpo da mulher, e a natureza se encarrega da fecundação. O artigo 10, inciso III, da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998) expressamente exclui o procedimento inseminação artificial do plano-referência a ser observado pelas operadoras, medida que é reproduzida em resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Já o artigo 35-C da mesma lei diz que é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de planejamento familiar. Para delimitar o alcance da expressão "planejamento familiar", a ANS editou a Resolução 192/2009, que em seu artigo 1º, parágrafo 2º, indica que a inseminação artificial e o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar não são de cobertura obrigatória. "Não há lógica que o procedimento médico de inseminação artificial seja, por um lado, de cobertura facultativa, consoante o artigo 10, inciso III da lei de regência, e que por outro a fertilização in vitro, que possui características complexas e onerosas, tenha cobertura obrigatória", concluiu o ministro Buzzi.

Para ele, permitir a interpretação abrangente acerca do "planejamento familiar" de modo a abarcar a cobertura da fertilização in vitro acarretará inegavelmente repercussão no equilíbrio econômico-financeiro do contrato de plano de saúde. "Não é um mero argumento. É um fato", disse.

O pedido de vista antecipada foi feito pelo ministro Moura Ribeiro, o único ministro da 2ª Seção a votar vencido sobre o tema. Na 3ª Turma, ele defende que a ANS não pode igualar a fertilização in vitro à inseminação artificial para negar o direito ao custeio quando nem a Lei dos Planos de Saúde fez isso.

REsp 1.822.420

REsp 1.822.818

REsp 1.851.062



Sócio da Primarcial tem direito de não se incriminar na CPI, decide Barroso

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 23/09/2021

O ministro Luís Roberto Barroso, do Supremo Tribunal Federal, assegurou a Danilo Benrntd Trento, sócio da Primarcial Holding e Participações, o direito de ser tratado como investigado e de não se autoincriminar no depoimento que prestará à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia, previsto para esta quinta-feira (23/9).

Em liminar deferida em pedido de Habeas Corpus, o ministro também assegurou a Trento o direito de não assinar termo de compromisso na qualidade de testemunha e de que não sejam adotadas, pela CPI, medidas restritivas de direitos ou privativas de liberdade como consequência do uso da titularidade do privilégio contra a autoincriminação.

Covaxin

Segundo o requerimento aprovado pela CPI, o empresário foi convocado para prestar esclarecimentos sobre a viagem que fez à Índia com Francisco Maximiano, da Precisa Medicamentos, para negociações em torno dos testes de covid e da vacina Covaxin. De acordo com as informações, a sede da empresa da qual Trento é sócio tem o mesmo endereço da Primares Holding e Participações, que tem Maximiano entre seus sócios.

Direito

O ministro verificou que há informações nos autos de que o empresário é investigado pelo Ministério Público Federal (MPF), que inclusive cedeu mensagens à CPI. Ao deferir a liminar, ele observou que o Supremo tem orientação consolidada no sentido de que o privilégio contra a autoincriminação é um direito à disposição de qualquer pessoa que, na condição de indiciado, acusado ou testemunha, deva prestar depoimento perante órgãos dos Poderes Legislativo,



Executivo ou Judiciário.

Barroso também assegurou a Trento o direito de ser assistido por advogado e de manter comunicação reservada com ele durante o depoimento. Com informações da assessoria de imprensa do Supremo Tribunal Federal.

HC 206.773

<https://www.conjur.com.br/2021-set-23/socio-primarcial-direito-nao-incriminar-cpi-covid>

TJ-MG condena farmacêutica a indenizar coletividade em R\$ 4 milhões

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 23/09/2021

Presentes a conduta antijurídica do agente; a ofensa a interesses jurídicos fundamentais, de natureza extrapatrimonial, titularizados por uma determinada coletividade; e a intolerabilidade da ilicitude, diante da sua repercussão social e o nexo causal, configura-se o dano moral coletivo. Com esse entendimento, a 10ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais manteve a sentença de primeira instância, que condenou uma empresa farmacêutica a indenizar a população, por danos morais, em R\$ 4 milhões. O valor que deverá ser pago pela empresa Hipolabor Farmacêutica Ltda. será repassado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O Ministério Público de Minas Gerais ajuizou ação civil pública contra uma farmacêutica, pleiteando reparação financeira por dano moral difuso ao mercado consumidor de medicamentos do Brasil, em virtude da comercialização de diversos medicamentos manipulados em desacordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Além disso, o MP-MG argumentou que a empresa comercializava um hipertensivo em desacordo com a formulação aprovada no registro concedido pela Anvisa e que desobedeceu à determinação que proibia a fabricação do remédio. O juízo da 11ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte condenou a empresa ao pagamento de R\$ 4 milhões.



O relator do recurso impetrado no Tribunal, desembargador Claret de Moraes, afirmou que o fabricante, o produtor, o construtor, nacional ou estrangeiro, e o importador respondem, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores. Essa responsabilidade se refere a defeitos decorrentes de projeto, fabricação, construção, montagem, fórmulas, manipulação, apresentação ou acondicionamento de seus produtos, bem como a informações insuficientes ou inadequadas sobre sua utilização e riscos.

Baseando-se em laudos oficiais elaborados pela Anvisa, o magistrado constatou que a empresa fabricou e comercializou os medicamentos sem as características de identidade e qualidade admitidas para a sua comercialização e, ainda, com redução de eficácia terapêutica. O magistrado ressaltou ainda que, mesmo sendo incontroversa existência de irregularidades, a parte recorrida permaneceu fabricando, armazenando e comercializando os medicamentos impróprios para consumo.

Quanto ao dano moral coletivo, o relator pontuou que ele existe quando uma situação fere a esfera moral de uma comunidade — isto é, violação de direito transindividual de ordem coletiva, de valores de uma sociedade, atingidos sob o ponto de vista jurídico, de forma a envolver não apenas a dor psíquica, mas qualquer abalo negativo à moral da coletividade. Assim, concluiu que a empresa agiu de forma antijurídica a ensejar danos extrapatrimoniais coletivo a serem indenizados.

2769041-79.2014.8.13.0024

<https://www.conjur.com.br/2021-set-23/tj-mg-condena-farmaceutica-indenizar-coletividade-milhoes2>



Relator vota para que rol da ANS seja taxativo, mas com excepcionalidades

Antes mesmo do voto do relator, ministra Nancy Andrighi antecipou que pediria vista do processo

Fonte: JOTA

Data: 16/09/2021



Um dos julgamentos mais aguardados pelas empresas do setor de saúde suplementar iniciou-se nesta quinta-feira (16/9) no Superior Tribunal de Justiça (STJ), com o voto do ministro Luis Felipe Salomão em defesa de que o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) seja considerado Taxativo. No entanto, em sua tese, o relator do caso indicou que podem haver excepcionalidades. Essa proposta, defendida nesta quinta por Salomão, já havia sido adiantada aos assinantes do JOTA PRO Saúde em 27 de agosto.

O julgamento, na 2ª Seção, começou com a sustentação oral dos advogados e houve troca de farpas entre o ministro Luis Felipe Salomão e a ministra Nancy Andrighi. Isto porque, em contraposição ao colega relator do caso, Andrighi é uma das principais defensoras de que o rol deve ser exemplificativo. Assim, antes de Salomão iniciar a leitura de seu voto, a ministra afirmou que pediria vista.

Em um extenso voto, o relator falou sobre a segurança das relações jurídicas e afirmou que o Poder Judiciário possui um papel fundamental de promover uma interpretação justa e equilibrada da legislação, “sem sentimentalismos e ideias preconcebidas”. Seus argumentos foram fundamentalmente pautados na defesa da legislação que rege o setor de suplementar, na legitimidade da ANS como reguladora, no equilíbrio econômico contratual, e na comprovação científica dos tratamentos de cobertura obrigatória.

Para o magistrado, decisões administrativas ou judiciais à margem da lei podem agravar a situação financeira das operadoras de planos de saúde e, em última instância, afetar a própria confiança e expectativa dos consumidores, fazendo com que o problema deixe de ser só da operadora e passe a atingir toda a sociedade.

O ministro citou o art. 197 da Constituição de 1988 — no qual foi decidido que o modelo de assistência à saúde adotado no Brasil é o de prestação compartilhada entre o poder público e instituições privadas — e lembrou que, posteriormente, após constatada uma lacuna legislativa para a regulação do setor, foi publicada a Lei 9656/1998, a lei dos planos de saúde, que já regulamenta toda a operação dos planos privados de assistência à saúde. Neste momento, afirmou que as causas que levaram os legisladores a criar um plano-referência foi a necessidade de um plano mínimo que fosse acessível “à grande massa de desassistidos pelas políticas públicas de assistência médico-hospitalar”. Além disso, ressaltou a competência, estabelecida por lei, da ANS para elaborar o rol.

Adiante, o relator citou também a Medida Provisória 1067/2021, editada recentemente, e a Resolução 470/ANS, aprovada em julho deste ano, que diminuiu o intervalo de atualização de dois anos para seis meses; destacando a importância de considerar, nesse processo de atualização, a utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), a observância aos preceitos



da saúde baseada em evidências, e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

Salomão argumentou que o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde é uma garantia ao consumidor para assegurar seu direito à saúde, em preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por isso, de acordo com o ministro, considerar esse rol como meramente Exemplificativo seria negar a própria existência do “rol mínimo” e, conseqüentemente, reduzir o acesso da população à saúde suplementar.

“Deveras, é forçoso reconhecer que essa percepção, segundo entendo, nega vigência aos dispositivos legais que determinam o plano básico de referência e a possibilidade de estabelecimento contratual de outras coberturas, efetivamente padronizando e restringindo a livre concorrência ao nitidamente estipular a mais ampla, indiscriminada e completa cobertura a todos os planos e seguros de saúde, o que, além dos mais, dificulta o acesso à saúde suplementar às camadas mais necessitadas e vulneráveis da população”, afirmou o ministro em seu voto.

Por fim, Salomão disse que quando a 4ª Turma julgou o tema e definiu sua jurisprudência pelo rol taxativo — em um processo no qual ele era relator —, ouviu diversas entidades que integravam o processo como amicus curiae e que, nessas manifestações, “ficou muito nítido a convergência para a tese da taxatividade”.

Excepcionalidades

Após apresentar sua defesa pelo rol taxativo, Salomão defendeu que a tese aprovada pela 2ª Seção indicasse excepcionalidades. São elas: medicamentos relacionados ao tratamento do câncer de uso ambulatorial ou hospitalar; medicamentos administrados durante internação hospitalar; terapias que não estejam no Rol mas sejam autorizadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e comprovadas cientificamente; e medicamentos de uso off label.

O caso é julgado nos EREsp 1886929/SP e EREsp 1889704/SP.

https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/relator-vota-para-que-rol-da-ans-seja-taxativo-mas-com-excepcionalidades-16092021?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaque_17092021&utm_medium=email&utm_source=RD+Station

Sanofi e ministério negociam compartilhamento de risco para



uso de alentuzumabe

Após proposta comercial, medicação foi incorporada ao SUS para pacientes com formas recorrentes de esclerose múltipla

Fonte: JOTA

Data: 17/09/2021

A incorporação do alentuzumabe para pacientes com formas recorrentes de esclerose múltipla no Sistema Único de Saúde (SUS) se concretizou após a proposta comercial da Sanofi Genzyme no Brasil que diminuiu o custo da pasta em relação à opção terapêutica disponível anteriormente. Antes disso, a posição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) era contrária ao pedido.

A partir da aprovação do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PDCT), a farmacêutica e o ministério devem iniciar a negociação dos termos do contrato para o fornecimento do produto, que exigirá um monitoramento específico da dispensação. A informação foi antecipada para os assinantes JOTA PRO Saúde, nos Bastidores da Saúde, newsletter que traz informações exclusivas sobre as principais discussões regulatórias do setor.

O tratamento inicial com o alentuzumabe contempla dois ciclos de uso do medicamento com intervalo de 12 meses entre eles. Para alguns pacientes, há necessidade de retratamento em terceiro ou quarto ciclos. A empresa propôs, ainda no âmbito da Conitec, o fornecimento de frascos adicionais aos contratados caso o percentual de pacientes com necessidade de um terceiro ciclo ultrapasse o teto de 30% e caso o percentual que necessite do quarto ciclo ultrapasse o teto de 16%. “Dessa forma, estes pacientes devem ser devidamente monitorados para garantir o eventual cumprimento do compartilhamento de risco”, diz a observação incluída na proposta de PDCT, discutida na reunião da Conitec do dia 6 de setembro.

Na avaliação da diretora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITIS), Vania Canuto, esse acompanhamento é viável. “Não é um monitoramento muito complexo porque precisamos saber se o paciente usou dois anos e se ele necessitou do terceiro ano. Quem necessitou no terceiro ano, temos que pegar o total de pacientes e ver se ultrapassou 30%”, afirmou, durante a deliberação.



Em posicionamento contrário ao PL 667/2021, que regulamenta o acordo de compartilhamento de risco para a incorporação de novas tecnologias no SUS, o DGITIS argumenta que, no cenário brasileiro, ainda não há condições suficientes para a implementação desse tipo de modalidade. Deixa claro, porém, que essa pode ser uma opção do ministério por questões de “conveniência e oportunidade”.

O diretor-geral da Sanofi Genzyme no Brasil, Rafael Prado, informou ao JOTA que a fabricante considerou, para a apresentação da proposta, as ferramentas disponíveis no Ministério da Saúde. “A Sanofi sugere que o acompanhamento destas cortes de pacientes tratados com alentuzumabe seja realizado a partir das bases de dados do DATASUS e incluído no processo de monitoramento das tecnologias incorporadas no SUS, contando com o apoio de um terceiro (por exemplo, o Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde). Caso seja necessário, a Sanofi coloca-se à disposição para financiar o monitoramento do alentuzumabe”, afirmou.

[https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/sanofi-e-ministerio-negociam-compartilhamento-de-risco-para-uso-de-alentuzumabe-17092021?utm_campaign=jota info ultimas noticias destaques 17092021&utm_medium=email&utm_source=RD+Station](https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/sanofi-e-ministerio-negociam-compartilhamento-de-risco-para-uso-de-alentuzumabe-17092021?utm_campaign=jota%20info%20ultimas%20noticias%20destaques%2017092021&utm_medium=email&utm_source=RD+Station)

STJ reverte cancelamento unilateral de plano por inadimplência de uma parcela

Maioria considerou que notificação foi feita depois do prazo previsto em lei e que, portanto, não tem validade

Fonte: JOTA

Data: 20/09/2021

A 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) acolheu o recurso de uma consumidora e decidiu na terça-feira (14/9) por reverter o cancelamento unilateral de um plano de saúde da operadora Assistência Médico Hospitalar São Lucas. O plano havia sido cancelado após inadimplemento de uma parcela. O caso foi julgado no REsp 1887705/SP.



Julgamento estava empatado, com os votos da ministra Nancy Andrighi (relatora) e do ministro Villas Bôas Cueva negando o recurso e admitindo o cancelamento unilateral; e os votos dos ministros Moura Ribeiro e Paulo de Tarso Sanseverino acolhendo a reclamação da consumidora e contrários ao cancelamento. Na terça, o ministro Marco Aurélio Bellizze, que havia pedido vista, apresentou seu voto e definiu o julgamento em favor da consumidora.

O processo discutia a rescisão unilateral do contrato do plano de saúde pela operadora, baseada no não pagamento de uma mensalidade por um período superior a 60 dias, e cuja a notificação foi realizada depois de ultrapassado o prazo de 50 dias, estabelecido no art. 13 da Lei 9656/98, dos planos de saúde.

O Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), instância que julgou o caso em segunda instância, entendeu que, para o cancelamento do plano ocorrer unilateralmente pela operadora, é necessária a notificação prévia do consumidor até o quinquagésimo dia de inadimplência. A notificação teria sido expedida após o 50º dia de inadimplência, recebida pessoalmente pela autora que, ciente da parcela em aberto, não efetuou o pagamento até o 60º dia (somente o fazendo após o ajuizamento da demanda). A consumidora sustentava que a notificação não teria validade.

Quando proferiu seu voto, a relatora, ministra Nancy Andrighi, ressaltou que o STJ admite a rescisão unilateral do contrato, quando comprovado o atraso superior a 60 dias, e lembrou que a notificação prévia da dívida é a condição para que a operadora possa rescindir. A magistrada lembrou que a notificação visa permitir que o beneficiário tenha a oportunidade de fazer o pagamento e assim evitar o cancelamento do serviço.

Porém, no caso em discussão, ela descreveu que a despeito de a operadora ter ultrapassado os 50 dias para a comunicação do inadimplemento — deixando o prazo supostamente “apertado” para a devedora — a empresa acabou concedendo um tempo razoável a mais para a regularização da dívida: 10 dias. Assim, a relatora entendeu que superado o tal prazo após a notificação e sem efetivo pagamento, a rescisão unilateral é legítima.

No entanto, o ministro Moura Ribeiro, acolheu a argumentação da consumidora de que a notificação não tinha validade, no que foi seguido pelos ministros Marco Aurélio Bellizze e Paulo de Tarso Sanseverino, maioria dos ministros da Turma. Com isso, o recurso da consumidora foi acolhido, ficando vencidos os ministros Villas Bôas Cueva e Nancy Andrighi.

https://www.jota.info/justica/cancelamento-unilateral-inadimplencia-stj-20092021?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaque_20092021&utm_medium=em ail&utm_source=RD+Station



Com telemedicina e healthtechs, nova economia se firma no atendimento de saúde

Setor segue movimento por serviços digitais personalizados e de baixo custo

Fonte: JOTA

Data: 20/09/2021

A flexibilidade da atenção de saúde foi testada na pandemia, que colocou à prova a demanda por telemedicina e digitalização de procedimentos – a reivindicação era pré-existente, mas estava cercada por questionamentos sobre necessidade versus confiabilidade. O período serviu para testar modelos e, ao mesmo tempo, acabou consolidando o caminho da nova economia na saúde.

Esse enraizamento da escolha e até priorização de serviços oferecidos digitalmente e nos moldes dessa tendência econômica – como personalização, foco na experiência do usuário e custos mais acessíveis – foi observado em diferentes setores desde o início da pandemia. Consumidores que não compravam online aderiram ao e-commerce e quem nunca teve conta bancária passou a deixar seu dinheiro em aplicativos.

A transição comportamental não passou ao largo da saúde. Empresas da nova economia do setor, as healthtechs, se firmaram, especialmente as que apostavam na digitalização do atendimento de saúde ou que já previam um mundo em que o usuário quer se ver longe do ambiente de clínicas e hospitais. A urgência do momento contribuiu para elas recebessem aportes. Há, atualmente, cerca de 900 healthtechs no Brasil, que receberam US\$ 183,9 milhões em investimentos no primeiro semestre deste ano, ultrapassando os anos de 2020 e 2019, que juntos somaram US\$ 177,6 milhões. Os números são do centro de inovação Distrito, divulgados em julho no jornal Estado de S. Paulo.

“Até o ano passado, tínhamos negócios inovando, mas eram mais serviços digitais para outras estruturas. A telemedicina foi o principal definidor para fortalecer esse processo de mais serviços digitais, como tem acontecido no setor financeiro”, diz Bruno Pina, diretor de inovação da Distrito. Ex-diretor da Astrazeneca, ele próprio viu essa transformação em diferentes pontas do setor de saúde.

No caso da medicina online, a teleconsulta era permitida e usada em algumas situações há



mais de uma década, porém de maneira quase extraordinária. Logo no início da pandemia, em março do ano passado, o Conselho Federal de Medicina (CFM) enviou ofício ao Ministério da Saúde ampliando as possibilidades de uso da telemedicina na pandemia. O mais provável é que não se volte atrás, mesmo após o fim desse período.

Essa mudança foi um divisor sobretudo ao equacionar, em certa medida, impasse em relação ao modelo. Em fevereiro de 2019, o CFM havia publicado a resolução 2.227/2018, definindo e disciplinando a telemedicina; dias depois, após manifestações de entidades de médicos criticando a norma, os conselheiros revogaram o texto. Em um ano, contando desde abril de 2020, cerca de 2,8 milhões de atendimentos do tipo em diferentes modalidades foram realizados no Brasil, sendo que nove em cada dez foram finalizados via teleconsulta, sem demandar idas a estruturas físicas, segundo levantamento da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Na Alice, healthtech que promove gestão de saúde e funciona como um plano individual regulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), o atendimento é prioritariamente digital com profissionais da própria rede. Anunciada em junho de 2020, a empresa tem como perfil principal de usuários pessoas de 20 a 40 anos que, por serem profissionais liberais ou não terem carteira assinada, tinham dificuldade de contratar plano de saúde.

“Reduzir custos da saúde passa por ampliar a digitalização no que for possível. Com isso, no futuro, o que esperamos é seja possível oferecer acesso a especialistas dos grandes centros a quem mora em regiões mais afastadas no Brasil”, afirma André Florence, CEO e co-fundador da healthtech. Na esteira da pandemia, a ideia, além de atendimento, é promover o acompanhamento muito de perto, de modo a reduzir comorbidades e custos.

A ambição de, por meio da tecnologia, ampliar o acesso à saúde interessa quando olhamos a distribuição da oferta de atendimento no mapa brasileiro. De acordo com o anuário Demografia Médica de 2020, produzido pelo CFM e pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cerca de 60% dos médicos se concentram em apenas 39 municípios (dentre os 5.570 que compõem o país).

Além disso, enquanto nas capitais a taxa de médicos por mil habitantes é de 5,65, esse número cai para apenas 1,49 em outras regiões. Democratizar a saúde passa por, entre outros elementos, cobrir essa lacuna regional e financeira de acesso a atendimentos de saúde.

“É possível o setor privado contribuir, como acontece há alguns anos com empresas que souberam entender como oferecer saúde de qualidade a preços baixos. Porém, poderíamos pensar em como instituições públicas de excelência expandem sua atenção para fora do entorno”, avalia



Pina. Nesse sentido, o Hospital das Clínicas de São Paulo, maior complexo hospital da América Latina, tem desde 2018 o InovaHC, em parceria com a Distrito e abrigando startups de saúde. A ideia é unir pesquisa científica com inovação.

Evidentemente, a expansão e o sucesso das soluções de saúde à distância variam a depender da especialidade e demandas dos tratamentos. O contexto pandêmico, que reverberou em problemas de saúde mental, somado à pouca exigência de presença física para atenção psicológica foi terreno fértil para que empresas digitais atuantes na área crescessem. Nesse caso, o Conselho Federal de Psicologia já permitia o modelo virtual desde 2012

De Belo Horizonte, a Psicologia Viva, que oferece atendimento psicológico online, tem 10 milhões de pacientes cadastrados e cerca de 50 mil profissionais. A pandemia acelerou a empresa: em abril de 2020, atingiu o volume de atendimentos esperado para meses adiante, conforme noticiou o jornal mineiro Diário do Comércio. Contratos corporativos aumentaram e a startup recebeu aporte de fundo da Eurofarma para soluções de saúde, até neste ano se unir com outra empresa do setor, a Conexa Saúde.

Em áreas médicas dependentes de diagnósticos mais complexos, as soluções exigem modelos híbridos do físico com o virtual. A empresa Beep Saúde começou no Rio de Janeiro oferecendo aplicação de vacinas em domicílio, e passou para outros serviços, como a coleta de exames laboratoriais. Também chegou a novos estados e hoje diz atender em casa em mais de cem cidades, além de aceitar planos de saúde.

As mudanças desafiam pacientes e profissionais de saúde de especialidades mais tradicionais. Em abril de 2020, logo após a nova normatização da teleconsulta pelo CFM, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) ouviu 340 ginecologistas sobre o tema. Dentre eles, 90% já haviam utilizado a telemedicina. Porém, na maior parte das vezes o atendimento não era realizado por plataformas específicas.

Aprimorar o acompanhamento de gestantes, por meio da digitalização do atendimento de saúde da mulher, é o objetivo da clínica Theia, baseada em São Paulo. “O digital não elimina a necessidade do cuidado presencial, mas ele complementa e potencializa, seja pelas consultas por telemedicina e monitoramento remoto de dados seja por ser um canal de informação e acolhimento”, diz a cofundadora Flavia Deutsch Gotfryd.

Fundada e liderada por mulheres, a empresa presta atendimentos presenciais em São Paulo e online no restante do Brasil. Neste ano, viu a base de usuárias crescer cinco vezes em relação ao ano passado. E aposta no diferencial de, além de equipe multidisciplinar disponível, garantir que



cada paciente tenha acompanhamento de um profissional pessoal que a “pega pela mão”, como apresentam.

Ao mesmo tempo que os atendimentos presenciais tendem a não ser mais a regra, o ambiente de trabalho físico também deve mudar. Desde junho de 2020, a Livance, startup de consultórios compartilhados para profissionais da saúde que atua em São Paulo e Campinas, passou a ter ritmo de crescimento mais forte do que nos níveis pré-pandemia. A tendência veio com a chegada de novos profissionais que fecharam consultórios fixos e da busca por atender longe dos hospitais.

A empresa, fundada em 2017, funciona em esquema de assinatura por profissionais de saúde, que, por R\$ 236 mensais, tem acesso à plataforma de agendamentos, site próprio, além de números de telefone e WhatsApp atendidos por secretárias da startup que identificam o profissional. É possível, com o contrato e pagamento por demanda, que o profissional atenda presencialmente em qualquer uma das nove unidades espalhadas pela capital – em setembro, outra será inaugurada na região do Morumbi. “Para médicos, que geralmente atuam em diferentes hospitais, ter a possibilidade de atender onde é mais perto de onde ele está, facilitando a mobilidade, é um fator essencial no valor que oferecemos”, diz Claudio Mifano, sócio-fundador da empresa.

Durante a pandemia, cresceu também o uso das cabines para teleconsulta, disponibilizadas nas unidades, e dos agendamentos para consultas online, que podem ser feitas onde o profissional estiver. Assim, se firma a proposta de assegurar infraestrutura física e serviços digitais no mesmo modelo.

https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/com-telemedicina-e-healthtechs-nova-economia-se-firma-no-atendimento-de-saude-20092021?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaque_20092021&utm_medium=email&utm_source=RD+Station

TJSP exige comprovante de vacinação para entrada em prédios do tribunal

Obrigação vale para todos que precisem ingressar nos prédios da corte, inclusive advogados, estagiários e público em geral

Fonte: JOTA



Data: 20/09/2021

O presidente do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), Geraldo Francisco Pinheiro Franco, determinou, em portaria que será publicada nesta terça-feira (21/9), a exigência de comprovante de vacinação contra a Covid-19 para entrar em prédios do tribunal a partir da próxima segunda-feira (27/9). A obrigação será de, ao menos, a primeira dose da vacina — considerado o calendário de vacinação — e vale para todos: servidores, membros do Ministério Público, defensores públicos, advogados, estagiários, funcionários de restaurantes, bancos, lanchonetes e público em geral. A medida vale apenas para maiores de 18 anos.

Serão considerados válidos para a comprovação o certificado digital de vacina do Sistema Único de Saúde (disponível na plataforma Conecte SUS) e comprovante/caderneta/cartão de vacinação impresso em papel timbrado. Nos casos de audiências ou outros atos processuais previamente designados, o magistrado responsável será imediatamente comunicado do impedimento de ingresso de quem deles participaria, definiu Franco.

O presidente determinou que caberá ao setor de administração predial a adoção das providências necessárias para cumprir o ato, controlando a entrada do público nas dependências do TJ mediante apresentação de comprovante vacinal juntamente com documento oficial com foto. Se alguém tiver contraindicação à vacina, deverá apresentar relatório médico, justificando o motivo de não poder se vacinar, ordenou a portaria.

https://www.jota.info/jotinhas/tjsp-exige-comprovante-de-vacinacao-para-entrada-em-predios-do-tribunal-20092021?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaque_20092021&utm_medium=email&utm_source=RD+Station

Para ministros do STJ, julgamento do rol da ANS não trará solução definitiva

Julgamento foi suspenso por um pedido de vistas da ministra Nancy Andrighi; tese intermediária tem força

Fonte: JOTA



Data: 21/09/2021

Em contraposição a toda a expectativa do setor de saúde suplementar em torno do julgamento sobre o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) na 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), alguns ministros, nos bastidores, demonstraram um certo desânimo na última semana. Nas palavras de um magistrado, o julgamento sobre o rol da ANS será “penoso e pode até ser improdutivo”. Reservadamente ao JOTA, esse ministro contou que teme pela discussão acalorada que pode ocorrer e o reflexo desse debate nas relações internas na Corte: “Deveria ter esperado e ter consensuado antes”, afirmou.

O relator, Luis Felipe Salomão, apresentou sua tese na quinta-feira (16/9). Ele defendeu que o rol seja taxativo, com algumas excepcionalidades — conforme antecipado aos assinantes do JOTA PRO Saúde em 27 de agosto. Salomão vem conversando com colegas desde o final de junho, quando pautou o julgamento do rol da ANS pela primeira vez. Inicialmente, de maneira geral, os ministros estavam bem resistentes em mudar suas posições e votar contra suas Turmas. Com isso, o placar indicava que seria favorável ao Rol Exemplificativo.

Esse indicativo começou a mudar no final de agosto, quando o ministro relator, em conversas com colegas, apresentou sua ideia de “tese intermediária”. Quando decidiu adiar o julgamento do rol da ANS pela primeira vez, o relator já tinha uma noção de que poderia convencer ministros da 3ª Turma (que defendem o Rol Exemplificativo) a votar na tese intermediária.

Conforme o JOTA apurou, no início desta semana, dois deles, Villas Bôas Cueva e Marco Aurélio Bellizze, já teriam declarado informalmente que se juntariam a Salomão. Além deles, Isabel Gallotti também deverá acompanhar o relator.

O julgamento do rol da ANS foi suspenso por um pedido de vistas da ministra Nancy Andrighi, que defende o rol exemplificativo. Como regra, ela teria que devolver o processo em duas semanas, mas há a possibilidade de pedido de prorrogação. Na sessão em que Salomão proferiu seu voto Nancy e o relator trocaram farpas, em uma amostra de como o clima pode piorar com o avanço do debate.

https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/julgamento-do-rol-stj-solucao-21092021?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaque_21092021&utm_medium=email&utm_source=RD+Station



Dívida de MEI com a União pode levar a perda de plano de saúde

Inadimplentes representam quase um terço de todos os MEIs registrados, devendo R\$ 5,5 bilhões ao governo

Fonte: JOTA

Por: Alessandro Acayaba De Toledo

Data: 21/09/2021

A Receita Federal prorrogou até 30 de setembro o prazo para que mais de 4 milhões de microempreendedores individuais (MEIs) regularizem o atraso em impostos. De acordo com o órgão do Ministério da Economia, os inadimplentes representam quase um terço de todos os MEIs registrados no Brasil, devendo R\$ 5,5 bilhões ao governo. Desses, 1,8 milhão de MEIs já poderiam ser inscritos na dívida ativa da União, o que pode levar a punições, como o cancelamento do CNPJ do microempreendedor.

E há uma consequência a essa não regularização da dívida que muita gente pode não estar se dando conta: o risco de milhões de pessoas perderem o acesso a seus planos de saúde. Justo no meio da pandemia.

Desde 29 de janeiro de 2018, os microempreendedores individuais (MEIs) têm à disposição uma alternativa diferenciada de contratação de plano privado de assistência à saúde, regulamentada pela Resolução Normativa nº 432 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tal Resolução inovou ao permitir a contratação de plano coletivo empresarial para aqueles que exerçam atividade empresarial individualmente ou em conjunto, com uma ou mais pessoas.

Para tanto, deve o microempreendedor apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, pelo período mínimo de seis meses. A Resolução estipula, ainda, que as operadoras de planos de saúde e as administradoras de benefícios deverão exigir esses documentos comprobatórios em dois momentos: na contratação do plano e a cada ano, no mês de aniversário do contrato.

Caso não seja comprovado a cada ano, poderá ocorrer a rescisão do contrato, desde que haja a comunicação prévia de 60 dias e neste prazo não ocorra a regularização do registro nos



órgãos competentes. Contudo, em caso de celebração ou manutenção após verificação anual, de contrato coletivo empresarial que não atenda aos requisitos elencados, será equiparado, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar.

Sobre essa questão e desde a regulamentação desse assunto, venho alertando por meio da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) sobre as responsabilidades contraídas pelo consumidor quando da constituição de empresas e também da obtenção de MEI, única e exclusivamente com o objetivo de contratar plano de saúde.

Isso porque, quando o consumidor é conduzido a despendar os valores necessários para a constituição do MEI nessas condições, em geral, não tem ciência que poderá enfrentar sérios problemas tributários, contábeis, legais e financeiros. E ainda, na esfera regulatória, sujeitar-se à rescisão unilateral do contrato de plano de saúde e ser incluído em desconhecido grupo de risco para apuração da sinistralidade e cálculo do reajuste anual.

Outra questão relevante, está no fato de que a constituição do MEI somente para contratação de plano de saúde coletivo empresarial desvirtua a natureza do tipo societário, criado para pessoas que pretendem legalizar-se como microempresário.

Não há dados oficiais que indiquem claramente quantos MEIs existentes no país foram criados apenas com o objetivo de contratar um plano de saúde empresarial, depois da Resolução de 2018 da ANS. Mas, em 2017, estudo feito pela Associação Brasileira de Combate à Falsificação (ABCF) apontou que cerca de 30% de todos os MEIs cancelados pela Receita Federal naquele ano eram de CNPJs criados exclusivamente para fazer planos de saúde falso coletivo.

Se transportamos a conta para 2021, e há cerca de 4 milhões de MEIs em situação irregular no Brasil, 30% de possíveis falsos MEIs para fazer plano de saúde dá mais de 1,2 milhão de MEIs nesta condição. Se a média desses falsos MEIs é ter até 4 pessoas vinculadas para garantir o plano de saúde, a estimativa chega a quase 5 milhões de pessoas que podem estar em situação de risco de perder o benefício por falta de elegibilidade.

Por isso a ANAB reforça o alerta para que o consumidor mantenha a sua situação regular e evite navegar por caminhos desconhecidos, como a insegurança de um falso MEI. Como alternativa, os planos de saúde da modalidade coletiva por adesão, gerenciados pelas administradoras de benefícios, pode ser uma ótima opção.

Alessandro Acayaba De Toledo – Advogado especializado em Direito em Saúde e presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB).



Renan quer ouvir Queiroga novamente e Luciano Hang antes de entregar relatório

Embora texto esteja encaminhado, relator disse que quer ouvir ministro da Saúde sobre declarações recentes

Fonte: JOTA

Data: 22/09/2021

O senador Renan Calheiros (MDB-AL), relator da CPI da Pandemia, afirmou nesta quarta-feira (22/9) que o colegiado precisa ouvir mais uma vez o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, e o empresário Luciano Hang antes de ele apresentar o relatório final. “Olha que eu quero encerrar. Já estava com relatório pronto. Mas precisamos ouvir novamente o ministro Marcelo Queiroga e também o empresário Luciano Hang”, disse.

O desejo de Renan de ouvir novamente o ministro da Saúde vai na contramão do que pensa o presidente da CPI, senador Omar Aziz (PSD-AM). Segundo o senador amazonense, Queiroga retornaria à comissão para falar sobre a decisão da pasta em não recomendar a imunização de jovens entre 12 e 17 anos, mas o fato foi superado nesta terça-feira (21/9), após decisão do ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Ricardo Lewandowski, de que a continuidade da vacinação dos adolescentes por estados e municípios deve ser decidida pelos governadores e prefeitos.

Nesta quarta, a CPI da Pandemia ouve o depoimento do diretor-executivo da Prevent Sênior, Pedro Batista Júnior. A empresa é suspeita de obrigar seus médicos a receitar medicamentos sem comprovação científica aos pacientes internados na sua rede hospitalar. Batista Jr. obteve do STF o direito de permanecer em silêncio nas respostas que podem autoincriminá-lo.

Jair Renan

A CPI ainda pode convocar Jair Renan Bolsonaro, filho mais novo do presidente. Na terça-feira (21/9), senadores reagiram a uma provocação e apresentam requerimentos para uma oitiva



dele no colegiado. Renan publicou um vídeo em uma loja de armas, na segunda (20/9), rindo e mostrando pistolas e funcionários. O filho do presidente disse: “Alô, CPI”.

Embora Aziz tenha afirmado que o presidente do Senado, Rodrigo Pacheco (DEM-MG), “adotará medidas” contra o filho do presidente, ele não sinalizou – tampouco Renan Calheiros – que apoiará a convocação do Bolsonaro “04”.

https://www.jota.info/legislativo/renan-quer-ouvir-queiroga-novamente-e-luciano-hang-antes-de-entregar-relatorio-22092021?utm_campaign=jota_info_i_ultimas_noticias_-_destaques_-_22092021&utm_medium=email&utm_source=RD+Station

Relator vota por não obrigar operadoras a cobrir fertilização in vitro

Marco Buzzi afirmou que a legislação é categórica para excluir inseminação artificial da cobertura obrigatória

Fonte: JOTA

Data: 23/09/2021

Começou nesta quarta-feira (22/9), na 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), o julgamento que vai decidir se as operadoras de plano de saúde são obrigadas a cobrir o procedimento de fertilização in vitro. O relator do caso, ministro Marco Buzzi, foi o primeiro a se pronunciar, votando contra a obrigatoriedade de cobertura do tratamento. O julgamento foi suspenso com o pedido de vista do ministro Moura Ribeiro, que sinalizou ser favorável a que os planos sejam obrigados a cobrir o procedimento.

O caso utiliza três processos como exemplos, mas eles já foram classificados como recurso repetitivo. Isto é, a decisão e a tese que for firmada neste julgamento terá repercussão geral e deverá ser seguida pelos demais tribunais em casos semelhantes. Ao votar, o relator propôs que fosse fixada a seguinte tese: “Salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico da fertilização in vitro”.

Marco Buzzi afirmou que o planejamento familiar é direito de todo cidadão, mas argumentou que a legislação que regulamenta o tema é categórica no sentido de excluir a inseminação artificial



da cobertura obrigatória a ser oferecida pelos planos de saúde aos consumidores, sendo facultativa a inclusão dessa assistência nos contratos de saúde. Ele citou dispositivos da Lei 9656/1998, a lei dos planos de saúde, e a Resolução Normativa 192/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A referida resolução da ANS definiu alguns procedimentos de cobertura obrigatória, como consulta de aconselhamento e atividade educacional para planejamento familiar e implante de dispositivo intrauterino (DIU), mas delimitou que inseminação artificial e fornecimento de medicamentos de uso domiciliar não são de cobertura obrigatória. “É imperioso concluir a exclusão da cobertura obrigatória da técnica de inseminação artificial, consignadas nas resoluções normativas da ANS, que, por sua vez, possuem como fundamento a própria lei que regulamenta os planos de assistência à saúde”, afirmou o relator.

Buzzi alegou também que uma interpretação muito ampla do conceito de planejamento familiar poderia incidir, conseqüentemente, em um desequilíbrio econômico-financeiro em desfavor das operadoras nos contratos de plano de saúde. Antes mesmo de o relator começar a leitura de seu voto, o ministro Moura Ribeiro pediu vista. Ao final, ele alegou que tinha mais elementos para acrescentar ao debate e os levaria na próxima sessão. Discordando de Marco Buzzi, Moura Ribeiro afirmou que, no entendimento dele, a resolução da ANS “desborda da lei”.

“Eu tenho um voto na 3ª Turma e gostaria de acrescentar todos os dados que tenho neste voto, porque o Brasil é signatário de tratados médicos e uma dessas doenças é a infertilidade. A infertilidade é tratada como doença, em CID (Classificação Internacional de Doenças). Então, se tem CID e é doença reconhecida e eu não vejo como afastarmos a possibilidade de uma mulher ser mãe”, concluiu Moura Ribeiro.

O processo deve voltar à pauta na próxima reunião da 2ª Seção, que está prevista para o dia 13 de outubro. Há uma tendência de que a tese apresentada pelo relator seja aprovada pois, tanto a 3ª Turma, quanto a 4ª Turma — colegiados que compõem a 2ª Seção — já definiram posições contrárias à cobertura da fertilização in vitro.

https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/relator-vota-por-nao-obrigar-operadoras-a-cobrir-fertilizacao-in-vitro-23092021?utm_campaign=jota_info_i_ultimas_noticias_destaque_23092021&utm_medium=email&utm_source=RD+Station



Consórcio de saúde firma acordo para pagar indenização após fazer contratação irregular

Fonte: Lex Magister

Data: 17/09/2021

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Norte de Mato Grosso irá pagar 80 mil de indenização por dano moral coletivo como parte de um acordo na Justiça do Trabalho. A entidade foi condenada pela contratação irregular de profissionais para o Hospital Municipal Roosevelt Figueiredo Lira, em Barra do Bugres. A conciliação, homologada pela 2ª Vara do Trabalho de Tangará da Serra, mantém a obrigatoriedade de o consórcio de saúde realizar concurso público para a contratação de profissionais, conforme já havia sido determinado em sentença.

O caso teve início em 2018 com uma ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Trabalho (MPT). O órgão apontou irregularidades nas contratações do consórcio, feitas sem concurso público, e na intermediação de mão de obra, realizada de forma ilícita. Conforme sustentou o MPT, a entidade de saúde, que reúne os municípios do médio-norte do estado, como Campo Novo do Parecis, Porto Estrela, Nova Olímpia, Denise, Arenápolis, Santo Afonso, Brasnorte e Barra do Bugres, possui natureza jurídica de consórcio público de direito público. Desse modo, integra a Administração Pública Indireta e a contratação de pessoal efetivo, independentemente do regime jurídico, só pode se dar por concurso.

No entanto, as vagas de funções próprias de cargos efetivos, como médicos, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos e nutricionistas, somente eram preenchidas por profissionais contratados como pessoa jurídica, após constituírem empresas, ou aceitando participar de cooperativas. Fiscalização realizada por auditores do trabalho constatou que, na época, o Hospital de Barra do Bugres possuía 80 profissionais atuando, contra apenas 19 trabalhadores concursados, cedidos pela Prefeitura ou pelo Estado.

A ação foi julgada na 2ª Vara de Tangará da Serra em junho de 2018, com a condenação da entidade ao pagamento de compensação pelo dano moral coletivo, além da determinação de concurso para o provimento do quadro de pessoal, a ser realizado três meses após o trânsito em



julgado da decisão. O consórcio chegou a recorrer da sentença ao TRT de Mato Grosso, mas o apelo não foi conhecido por falta de recolhimento do depósito recursal.

Acordo

Na conciliação, homologada no fim de agosto pela juíza Silvia Daher, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Norte se comprometeu a pagar, a título de indenização por dano moral coletivo, o valor de 80 mil reais, dividido em oito parcelas, sendo a última a ser depositada em 20 de dezembro deste ano.

Os envolvidos concordaram ainda que o montante seja revertido ao Comitê Interinstitucional Gestor de Ações Afirmativas do TRT de Mato Grosso, que irá deliberar sobre a sua destinação para projetos sociais.

PJe 0000110-46.2018.5.23.0052

Fonte: TRT23

<https://www.lex.com.br/noticias-consorcio-saude-firma-acordo-para-pagar-indenizacao-apos-fazer-contratacao-irregular/3570>

Gestantes afastadas do trabalho presencial receberão salário-maternidade

Fonte: Lex Magister

Data: 20/09/2021

O desembargador Luís Alberto d'Azevedo Aurvalle, do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4), deu provimento a um recurso da Usimed de Tubarão Cooperativa de Usuários de Assistência em Saúde e a entidade poderá enquadrar como salário-maternidade os valores pagos às empregadas gestantes que não podem atuar remotamente devido à natureza da atividade que exercem. A decisão foi proferida no dia 14/9 e ainda determinou a exclusão dos pagamentos feitos



para as gestantes afastadas da base de cálculo das contribuições previdenciárias patronais destinadas à previdência social.

Em agosto, a entidade ajuizou a ação junto à 4ª Vara Federal de Florianópolis. A autora declarou ser uma cooperativa que atua no ramo da saúde de farmácias, contando com quatro estabelecimentos entre a matriz e filiais. Alegou que mais de 86% do seu quadro de empregados são do sexo feminino e desempenham funções incompatíveis com o trabalho remoto. A cooperativa afirmou que a Lei nº 14.151/21 determinou o afastamento de empregadas gestantes de suas atividades laborativas, sem prejuízo da remuneração, com o exercício de trabalho em domicílio, por meio de teletrabalho, durante a pandemia de Covid-19.

No entanto, ela argumentou que não existe disposição objetiva na Lei para os casos em que as empregadas gestantes não possam desempenhar suas funções laborativas de maneira remota e sobre quem recai a obrigação de manter a remuneração integral das empregadas gestantes. Assim, a entidade requisitou à Justiça a permissão para afastar as empregadas gestantes de suas atividades, a determinação ao INSS para pagar salário-maternidade em favor das empregadas gestantes durante todo o período de emergência de saúde pública e a autorização da compensação dos valores do salário-maternidade quando do pagamento das contribuições sociais previdenciárias por parte da cooperativa. Foi requerida a tutela provisória de urgência.

O juízo de primeiro grau negou a concessão de liminar em favor da autora, que recorreu ao TRF4. No agravo, a entidade afirmou que seria ilegal e inconstitucional atribuir ao empregador o ônus de pagar os salários das empregadas gestantes que não possam exercer as funções de forma remota durante a pandemia.

O relator do processo na Corte, desembargador Aurvalle, considerou o recurso procedente. “Em caso que incide a determinação legal de que não haverá prejuízo dos vencimentos para a empregada gestante, pelo afastamento das suas atividades profissionais, em razão do risco à gravidez causado pelo coronavírus, não pode a empregadora ser obrigada a arcar com tais encargos”, destacou o magistrado.

Ele completou a manifestação apontando que “em face de todo conjunto constitucional, legal e infralegal que regulamenta a proteção social, em especial, o custeio, por toda a sociedade, dos benefícios previdenciários, como corolário do princípio da solidariedade social, verifica-se que não pode ser outra a natureza dos valores devidos à empregada gestante nesses casos, a não ser a natureza de benefício previdenciário”.

Aurvalle concluiu que “diante de tais fundamentos, e tomando-se em conta que a Lei não



estabeleceu a efetiva responsabilidade da empresa pelo pagamento dos salários no período do afastamento das empregadas gestantes, impossibilitadas de trabalhar à distância pela própria natureza das suas atividades, entendo que não é incompatível com o ordenamento jurídico vigente o pagamento do salário-maternidade. Entendo, também, que os valores referentes à remuneração das empregadas gestantes afastadas, devem, sim, ser compensados”.

Nº 5036796-18.2021.4.04.0000/TRF

Fonte: TRF4

<https://www.lex.com.br/noticias-gestantes-afastadas-trabalho-presencial-receberao-salariomaternidade/3584>

Cadastro no Redome é suficiente para isenção da taxa de inscrição em concurso público

Fonte: Lex Magister

Data: 20/09/2021

A 5ª Turma do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1) negou provimento às apelações interpostas pelos impetrados – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBESERH) e Instituto Brasileiro de Formação e Capacitação (IBFC) – contra a decisão proferida em mandado de segurança cuja pretensão foi conceder isenção de pagamento de taxa de inscrição em concurso público, apresentando tão somente a carteira de Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME), sem, no entanto, comprovar a efetiva doação.

O magistrado sentenciante decidiu ser ilegal a exigência da comprovação da efetiva doação de medula óssea, ainda que haja previsão no edital do concurso, uma vez que criaria um obstáculo ao acesso ao direito sem que exista tal previsão na Lei 13.656/2018, que objetiva incentivar a formação de uma rede de potenciais doadores de medula óssea. O relator, desembargador Souza Prudente, em seu voto concluiu que “a exigência editalícia oferece interpretação indevidamente restritiva e fora dos fins almejados pelo mencionado diploma legal, o que não se admite, na espécie”.



No relatório, registrou ainda que a situação fática amparada por decisão judicial está consolidada em razão da decisão liminar proferida e do decurso do tempo, impondo-se a aplicação da teoria do fato consumado, sendo desaconselhável a sua desconstituição.

Dessa maneira, o Colegiado, à unanimidade, negou provimento às apelações e à remessa oficial confirmando a sentença.

Processo: 1030621-86.2019.4.01.3700

Data do Julgamento: 14/07/2021

Data da Publicação: 16/07/2021

HC

Fonte: TRF1

<https://www.lex.com.br/noticias-cadastro-no-redome-e-suficiente-para-isencao-taxa-inscricao-em-concurso-publico/3581>

Turma mantém condenação do Distrito Federal por óbito de recém-nascido

Fonte: Lex Magister

Data: 20/09/2021

A 2ª Turma Cível do TJDFT manteve a sentença que condenou o Distrito Federal a indenizar uma mãe pela demora no parto, que causou a morte do bebê 15 dias após o nascimento. O colegiado concluiu que a atuação da equipe médica do Hospital Regional de Ceilândia - HRC "ocasionou várias consequências irreversíveis que culminaram no óbito do recém-nascido". Narra a autora que estava com 39 semanas de gestação quando foi ao hospital com fortes dores na barriga. Ela relata que foram feitos exames superficiais e que foi orientada a retornar quando completasse 41 semanas de gravidez. Conta que voltou ao hospital quatro dias depois com os mesmo sintomas e solicitou que



fosse realizado o parto. A autora afirma que, mais uma vez, foi orientada a retornar somente na 41ª semana de gestação.

Três dias depois do último atendimento, foi internada no hospital, onde foi realizado o parto cesárea. Relata que o filho precisou ser reanimado e intubado. Informa que o bebê veio a óbito 15 dias após o nascimento por disfunção de múltiplos órgãos, insuficiência respiratória e asfixia neonatal. Assevera que as complicações após o nascimento do filho se deram em razão do atraso no parto, que acarretou sofrimento fetal. Decisão da 3ª Vara da Fazenda Pública do DF condenou o réu ao pagamento de indenização por danos morais. O Distrito Federal recorreu sob o argumento de que não houve erro médico. O réu afirmou ainda que faltou imparcialidade na perícia.

Ao analisar o recurso, os desembargadores destacaram que, da prova dos autos, percebe-se que a equipe médica do HRC não realizou o atendimento devido à paciente. “Incumbia ao corpo médico adotar a melhor técnica disponível, seguindo os protocolos estabelecidos para evitar a responsabilização civil por eventual lesão e preservar a saúde do recém-nascido anteriormente ao parto, restando comprovado que não foram adotados os procedimentos adequados”, registaram.

De acordo com os magistrados, está demonstrado a relação entre a conduta do DF e o prejuízo dele decorrente, o que impõe ao réu o dever de indenizar. “É inquestionável que a morte de um filho é um evento traumático com grandes repercussões para a vida dos pais e demais familiares. Nesse caminho, o direito de personalidade consiste em garantia essencial para resguardar a própria dignidade da pessoa humana. É constituído, pois, dos bens e valores necessários para a manutenção do aspecto físico, moral e intelectual da pessoa, bem como para o seu desenvolvimento. Logo, superada a discussão sobre a responsabilidade do Distrito Federal quanto à morte da vítima, não resta dúvida que o evento também deve ser indenizado a título de reparação por danos morais”, afirmaram.

Os desembargadores pontuaram que, ao contrário do que alega o réu, “o laudo pericial produzido em juízo foi elaborado em conformidade com a lei processual civil em vigor” e que não há evidência de ausência de isenção do perito. Dessa forma, a Turma negou provimento ao recurso e manteve, por unanimidade, a sentença que condenou o Distrito Federal a pagar à autora a quantia de R\$ 50 mil a título de danos morais.

PJe2 Processo: 0705816-95.2020.8.07.0018

Fonte: TJDFT

<https://www.lex.com.br/noticias-turma-mantem-condenacao-distrito-federal-por-obito->



Plano de saúde deve seguir indicações médicas em tratamento de usuária com perda auditiva

Fonte: Lex Magister

Data: 20/09/2021

Os desembargadores que integram a 3ª Câmara Cível do TJRN voltaram a destacar que, em uma demanda sobre necessidade de tratamento médico, o parecer do profissional deve prevalecer, acima do argumento de que a prescrição recomendada não se encontra no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS). A demanda é relacionada a uma Apelação Cível movida pela HapVida Assistência Médica, a qual foi condenada ao pagamento de indenização por danos morais, bem como a adotar, de imediato, as providências necessárias à manutenção/troca dos dois processadores – de um implante coclear, utilizados por uma então usuária do plano, que sofre de perda auditiva ou “Disacusia sensoriuneural bilateral profunda”.

No recurso, a empresa alegou que não se negou a realizar a manutenção do aparelho, mas sim, recomendou, após a conclusão da junta médica, pela manutenção do processador Sonnet “por ser mais resistente e ter bateria de maior durabilidade, “não existindo nos autos qualquer comprovação de que o fornecimento do modelo SONNET em detrimento do modelo RONDO traria prejuízos a usuária”. Argumento não acolhido pelo órgão julgador.

De acordo com a decisão, a usuária dos serviços apresentou Relatório médico capaz de amparar a necessidade da manutenção do aparelho processador da fala e que os componentes dos implantes cocleares que passaram a apresentar defeitos foram fornecidos pela própria empresa Recorrente. “Entretanto, depreende-se dos autos, que a assistência médica ré até o ingresso da presente ação não havia autorizado a troca solicitada”, destaca.

Para o relator do recurso, desembargador Amaury Moura Sobrinho, “fere a boa-fé do consumidor” a cláusula que restrinja tratamento para eficácia terapêutica, pois o processo de cura



não obedece à vontade e hipóteses previstas pela seguradora, não sendo admissível que os planos substituam os médicos na escolha do procedimento que melhor se adeque ao caso. “Ora, o tratamento foi prescrito por profissional da saúde, que, certamente, indicou o material mais correto e adequado para o caso do paciente, não se podendo questionar a necessidade da manutenção do material especificado, o qual, repita-se, foi fornecido pela própria recorrente”, enfatiza a relatoria do voto.

(Apelação Cível nº 0800332-75.2021.8.20.5106)

Fonte: TJRN

<https://www.lex.com.br/noticias-plano-saude-deve-seguir-indicacoes-medicas-em-tratamento-usuaria-perda-auditiva/3595>

Hospital deve garantir máscaras faciais para seus empregados em quantidade que atenda orientações técnicas

Fonte: Lex Magister

Data: 20/09/2021

O Hospital Maria Auxiliadora (Santa Lúcia Gama) deve disponibilizar para seus empregados máscaras faciais N95 ou similares em quantidades suficientes para que sejam cumpridas as orientações do fabricante quanto à possibilidade de reutilização dos equipamentos, ou, na sua ausência, respeitar o previsto na nota técnica do DF e estudos científicos sobre o tema. A determinação é da juíza Tamara Gil Kemp, titular da Vara do Trabalho do Gama, que acolheu parcialmente pedido do Ministério Público do Trabalho feito em Ação Civil Pública.

Na ação, o MPT pediu, entre outras ações preventivas contra covid-19, que seja garantida a disponibilização de máscaras faciais N95 ou similares para seus funcionários e que seja proibido o reuso do equipamento de proteção individual. De acordo com o MPT, não é válido o plano de contingência do hospital para enfrentamento à covid-19 ao permitir o reuso das máscaras por até 30 dias, desde que não apresentem sujidades. O MPT afirma que expediu notificação recomendatória



ao hospital, sem sucesso, e que a instituição apresenta elevado número de empregados com a doença.

Na sentença, a juíza lembrou que, em razão do aumento da demanda por máscaras faciais em virtude da emergência em saúde pública causada pelo covid-19, nota técnica da Anvisa autorizou o reuso do equipamento, de forma excepcional, ressaltando que tal comportamento pode afetar a qualidade do ajuste de vedação. Mas não definiu o número máximo de reutilizações.

Contudo, revelou a magistrada, no âmbito do Distrito Federal foi editada a Nota Técnica GRSS/DIVISA N° 01/2020, norma mais favorável à saúde e segurança dos trabalhadores, que deve prevalecer no caso concreto, seja em razão do princípio norma mais favorável, seja porque se trata de medida mais restritiva e mais eficaz no combate à covid-19, ou ainda por ser mais condizente com o atual cenário do mercado de máscaras faciais, em que se observa a normalização da oferta do produto.

A norma do DF prevê que, na ausência de orientação do fabricante, a reutilização do equipamento está limitada a cinco usos, conforme estudos do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América. Mas diz que o reuso deve respeitar o prazo de cinco dias entre uma utilização e outra.

Assim, da análise conjunta da Nota Técnica do DF e dos estudos científicos em questão, conclui-se que, diferentemente do que foi afirmado pelo MPT, há, sim, autorização para a reutilização das máscaras N95 (PFF2), desde que ausente recomendação diversa do fabricante. Por outro lado, ao contrário do que prevê o Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Coronavírus do hospital Maria Auxiliadora, não há qualquer respaldo para que as máscaras N95 (PFF2) sejam reutilizadas por até 30 dias, uma vez que, na hipótese de ausência de recomendação diversa do fabricante, apenas são admitidos cinco usos, com no mínimo cinco dias de intervalo entre cada um.

Com esses argumentos, a juíza determinou ao hospital que garanta aos trabalhadores a disponibilização de máscaras N95 ou similares (N99, N100, PFF2 e PFF3), adequadas a cada grau de risco, em quantidades suficientes para garantir o cumprimento das orientações do fabricante em um cenário de não escassez. Caso o fabricante declare que a máscara deve ser descartada após o primeiro e único uso, isso deverá ser feito. Caso autorize a reutilização, pode ser observada essa recomendação, seguindo o prazo recomendado pelo fabricante.

Mas, se o fabricante não declarar que o produto deve ser descartado após o primeiro uso e for omissivo sobre a possibilidade ou não da reutilização ou sobre o respectivo prazo, ressaltou a magistrada, o reuso será autorizado, mas limitado a cinco usos, com no mínimo cinco dias entre cada



uso, nos termos da Nota Técnica GRSS/DIVISA N° 01/2020 e dos estudos científicos mencionados.

Processo n. 0000872-37.2021.5.10.0111

Fonte: TRT10

<https://www.lex.com.br/noticias-hospital-deve-garantir-mascaras-faciais-para-seus-empregados-em-quantidade-que-atenda-orient/3604>

Governador do Amazonas vira réu no STJ por fraude na compra de respiradores

Fonte: Lex Magister

Data: 21/09/2021

A Corte Especial do Superior Tribunal de Justiça (STJ) recebeu nesta segunda-feira (20) a denúncia contra o governador do Amazonas, Wilson Lima, por supostos crimes praticados na compra superfaturada de ventiladores pulmonares (respiradores) destinados ao tratamento de vítimas da Covid-19 no estado. A decisão foi unânime. O Ministério Público Federal (MPF) imputa ao governador os delitos de dispensa irregular de licitação, fraude a procedimento licitatório, peculato, liderança em organização criminosa e embaraço às investigações.

A corte também tornou réus o vice-governador do Amazonas, Carlos Alberto Filho, e outras 12 pessoas, entre elas ex-secretários estaduais, servidores públicos e empresários. Por outro lado, o colegiado rejeitou a denúncia contra a ex-secretária de Saúde Simone Papaiz e contra o servidor Flávio Cordeiro – nesses dois casos, a corte entendeu não haver provas suficientes para admitir a acusação.

Prejuízo de mais de R\$ 2 milhões ao Amazonas

Segundo o MPF, os crimes ocorreram na compra de 28 respiradores, cujo superfaturamento teria causado prejuízo de mais de R\$ 2 milhões aos cofres públicos. O preço de mercado de um



respirador era cerca de R\$ 17 mil, mas os itens foram comprados pelo governo por mais de R\$ 100 mil cada. Na denúncia, o MPF descreve irregularidades na forma de condução da compra emergencial, na emissão de pareceres e na dispensa da licitação, além de apontar o desvio de recursos públicos destinados ao combate à pandemia no Amazonas.

Em relação ao governador Wilson Lima, o MPF registra que o chefe do Executivo teria atuado diretamente para que um empresário cuidasse dos procedimentos para a compra dos respiradores – intermediação que, posteriormente, teria gerado as compras fraudulentas. Além disso, o MPF apontou que foram encontrados no gabinete do governador documentos que descreviam as empresas interessadas na venda dos equipamentos e os preços oferecidos, o que demonstraria que o mandatário acompanhava o processo de aquisição.

Respiradores não serviam para atender pacientes graves

O relator da ação penal, ministro Francisco Falcão, destacou que, além da gravidade na compra dos ventiladores pulmonares com excesso de preço, as informações disponibilizadas pelas empresas envolvidas indicavam, mesmo antes da aquisição pelo governo amazonense, que os equipamentos não tinham a capacidade de atender pacientes graves acometidos pela Covid-19. Falcão também apontou que, nas ações para a contratação dos ventiladores, chegou a participar do negócio uma empresa de vinhos que, aparentemente, não tinha competência técnica para atuar na área de equipamentos médicos.

No caso do governador Wilson Lima, o ministro apontou que as acusações não configuram meras conjecturas, mas sim indícios efetivos de que o chefe do Executivo estadual acompanhou o processo de compra emergencial e interferiu, atuando com liderança sobre a organização criminosa que se formou para vender ao governo os equipamentos com sobrepreço. Em seu voto, o relator também entendeu não ser o caso de desmembramento do processo em relação aos réus que não têm prerrogativa de foro, pois a manutenção integral da ação no STJ, segundo ele, favorece a busca da verdade e evita a prolação de decisões conflitantes.

Esta notícia refere-se ao(s) processo(s):

APn 993

Fonte: STJ

<https://www.lex.com.br/noticias-governador-amazonas-vira-reu-no-stj-por-fraude-na-compra-respiradores/3616>



Tribunal mantém indenização para mãe que teve bebê sequestrado em hospital público

Fonte: Lex Magister

Data: 21/09/2021

A 7ª Turma Cível do TJDFT manteve a sentença que condenou o Distrito Federal a indenizar uma mãe por subtração de recém-nascido no Hospital Regional de Taguatinga - HRT em novembro de 2019. Ao manter o valor da condenação, o colegiado lembrou que o filho da paciente foi encontrado horas depois sem nenhuma seqüela. Narra a autora que, após ser submetida a parto cesáreo, uma mulher se passou por enfermeira e levou o seu filho sob o pretexto de realizar teste de glicemia. A mãe conta que, após perceber que se tratava de um sequestro, a polícia foi acionada e o bebê foi encontrado horas depois. Afirma que a necessidade de confirmação da filiação aumentou o tempo de internação. Defende que a falha na segurança foi a causa do sequestro do filho e pede para ser indenizada.

Decisão da 4ª Vara da Fazenda Pública condenou o réu ao pagamento de R\$ 5 mil a título de danos morais. A autora recorreu pedindo o aumento da indenização sob o argumento de que só teve o filho de volta por conta da intervenção de familiares e que precisou aguardar “de forma descabida e desnecessária” o resultado do exame de DNA. Ao analisar o recurso, o colegiado destacou que é “inegável que a subtração de um filho recém-nascido no âmbito de um hospital configura lesão a direito da personalidade da paciente”. A Turma ponderou, no entanto, que houve atuação imediata dos agentes públicos que localizaram o bebê e prenderam a sequestradora.

“Apesar da repercussão do evento danoso, o abalo sofrido pela apelante quando cientificada da situação foi imediatamente minimizado quando efetivamente encontrado o seu filho”. O colegiado pontuou ainda que o protocolo adotado, que incluiu a realização do exame de DNA, “não gerou qualquer excesso, além de que a paciente e o recém-nascido receberam todos os cuidados necessários até a confirmação do resultado”.

Para a Turma, o valor fixado na sentença é adequado, uma vez que “o dano consistiu na perda de contato da mãe com a criança por algumas horas, sem que houvesse outro desdobramento relevante”. Dessa forma, a Turma, por unanimidade, manteve a sentença que condenou o Distrito



Federal ao pagamento de R\$ 5 mil a título de danos morais.

PJe2 Processo: 0702504-14.2020.8.07.0018

Fonte: TJDFT

<https://www.lex.com.br/noticias-tribunal-mantem-indenizacao-para-mae-que-teve-bebe-sequestrado-em-hospital-publico/3625>

Paciente que teve problemas com prótese deve ser indenizada por empresa de importação

A autora descobriu, por meio de uma matéria jornalística, que deveria retirar a prótese imediatamente pois esta poderia gerar graves problemas à sua saúde

Fonte: Lex Magister

Data: 22/09/2021

Uma paciente deve ser indenizada em razão de problemas ocorridos com sua prótese de silicone. Conforme o processo, a autora realizou o implante da prótese, entretanto, no ano seguinte, precisou realizar a cirurgia novamente, pois a prótese havia sido rompida, trocando por outra da mesma marca. Anos depois da última operação, a requerente descobriu, por meio de uma matéria, que a prótese mamária da marca utilizada era composta de uma mistura de produtos que geravam graves problemas à saúde, informando que aqueles que possuíam tal prótese deveriam, imediatamente, retirá-la. Assim, no ano seguinte, fez a retirada e colocou uma nova, de outra fabricante.

Diante dos fatos, o juiz da 10ª Vara Cível de Vitória verificou que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou uma Resolução e um Alerta Sanitário por meio dos quais suspendeu, em território nacional, a comercialização, distribuição, importação e utilização de implantes mamários fabricados pela empresa, a qual possui a parte requerida como detentora do registro no Brasil, portanto detém responsabilidade objetiva pelos danos causados. O comunicado também esclareceu que tal suspensão se deu em virtude do risco associado aos produtos citados.



Considerando, ainda, que não se trata de um caso isolado, o magistrado condenou a requerida, uma empresa de importação e distribuição, a pagar uma indenização no valor de R\$ 30 mil a título de danos morais, por conta do abalo sofrido.

Processo nº 0009773-03.2020.8.08.0024

Fonte: TJES

<https://www.lex.com.br/noticias-paciente-que-teve-problemas-protese-deve-ser-indenizada-por-empresa-importacao/3659>

Estado é condenado a pagar 80 mil reais de indenização por compressa esquecida dentro da barriga de paciente no João Paulo II

A viúva ingressou com ação, pois, o objeto esquecido após cirurgia no abdômen da vítima foi a causa da morte, segundo o laudo pericial

Fonte: Lex Magister

Data: 22/09/2021

Os julgadores da 1ª Câmara Especial do Tribunal de Justiça de Rondônia, por unanimidade de votos, mantiveram a sentença do Juízo da 2ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Porto Velho, que condenou o Estado de Rondônia a pagar 80 mil reais por danos morais à viúva de um agricultor que morreu em abril de 2015, por negligência médico-hospitalar no João Paulo II, pronto-socorro localizado na capital do Estado. Durante um procedimento cirúrgico, foi esquecida uma compressa cirúrgica dentro da barriga do paciente. O Estado apelou pedindo que o valor da indenização fosse fixada entre 20 e 30 mil reais, o que foi negado.

A decisão colegiada da 1ª Câmara Especial seguiu o voto do relator, desembargador Gilberto Barbosa, durante o julgamento realizado no dia 16 de setembro de 2021. Acompanharam o voto do relator o desembargador Daniel Lagos e o juiz convocado Jorge Gurgel do Amaral.



O caso

Relatório da sentença do juízo da causa narra que, em dezembro de 2014, o esposo da requerente da indenização começou a sentir dores na região abdominal, por isso foi em busca de atendimento médico no hospital do Município de Ouro Preto do Oeste-RO. Desta unidade de saúde foi encaminhado para o hospital João Paulo II, em Porto Velho, capital de Rondônia, onde foi submetido a uma cirurgia gástrica, no dia 6 de fevereiro de 2015.

Após essa cirurgia, o agricultor não conseguia mais se alimentar e passou a sentir fortes dores no abdômen. Devido a isso, no dia 10 de março de 2015, ele retornou ao hospital João Paulo II, sendo transferido de lá para o hospital de Base, onde foi diagnosticado, com indicação de procedimento cirúrgico.

No dia 30 de abril de 2015, durante a cirurgia, foi retirado um tumor pesando 700 gramas, o qual, no caso, era a compressa cirúrgica acompanhada de componente inflamatório, esquecida dentro do paciente durante a realização da cirurgia realizada dia 6 de fevereiro de 2015, no hospital João Paulo II, e que levou a óbito o esposo da requerente da indenização. Segundo a sentença do juízo da causa, o laudo pericial, dentre várias indagações feitas ao perito, aponta que “há relação de causa e efeito entre o achado cirúrgico e a causa da morte do paciente”.

A sentença de 1º grau foi proferida, dia 9 de abril de 2021, pelo juiz de direito Edenír Sebastião A. da Rosa.

Fonte: TJRO

<https://www.lex.com.br/noticias-estado-e-condenado-pagar-80-mil-reais-indenizacao-por-compressa-esquecida-dentro-barriga-pa/3666>

Auxiliar de limpeza de hospital que perfurou dedo em agulha receberá indenização

Ela teve de se submeter a tratamento para prevenir doenças como o HIV.

Fonte: Lex Magister



A Sétima Turma do Tribunal Superior do Trabalho rejeitou o recurso de revista da Ecomax Prestação de Serviços Ltda. contra a condenação ao pagamento de indenização a uma auxiliar de serviços gerais que perfurou o dedo com uma agulha, durante a coleta do lixo hospitalar em uma unidade da rede da Hospitais Núcleo Hospitalar, de Jandira (SP). Em razão do ferimento, ela teve de se submeter a tratamento médico para prevenir doenças infectocontagiosas, como o HIV.

Descarte incorreto

Na reclamação trabalhista, a empregada disse que a perfuração ocorrera em razão do descarte incorreto da agulha, utilizada no atendimento de algum paciente do hospital. Após o acidente, teve de tomar um “coquetel anti-HIV”, com efeitos colaterais fortíssimos. Pedia, por isso, indenização por dano moral.

Medo de contaminação

O juízo da Vara do Trabalho de Jandira (SP) julgou improcedente a pretensão, por entender que o episódio não podia ser considerado acidente de trabalho, pois não teria causado lesão corporal ou perturbação funcional.

A sentença, entretanto, foi reformada pelo Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região (SP), que condenou a empresa ao pagamento de R\$ 8 mil de indenização. Para o TRT, a culpa da empresa é inequívoca, pois os equipamentos de proteção individual (EPIs) fornecidos não foram suficientes para evitar o dano à integridade física da auxiliar. Ainda, de acordo com a decisão, o dano moral diz respeito ao sofrimento e à angústia decorrentes do risco de contaminação por doenças graves.

EPIs insuficientes

O relator do recurso de revista da empresa, ministro Cláudio Brandão, concluiu que o caso não tem transcendência econômica, social, política e jurídica, requisito para seu exame. Na sessão, ele chamou atenção para a importância do descarte correto do lixo hospitalar e do uso de equipamento adequado de proteção. “Vimos isso agora, com a covid-19, em que os dados mostram que, na área de saúde e enfermagem na cidade de Manaus (AM), o índice de óbitos relacionados ao trabalho cresceu 428% no biênio 2020/21 e o número de mortes no trabalho aumentou 33%”, exemplificou.



(DA/CF)

Processo: RR-1000163-05.2017.5.02.0351

Fonte: TST

<https://www.lex.com.br/noticias-auxiliar-limpeza-hospital-que-perfurou-dedo-em-agulha-recebera-indenizacao/3688>

Clínica não pode oferecer vacinação fora da região metropolitana de Florianópolis

Fonte: Lex Magister

Data: 23/09/2021

O Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4) negou, ontem (21/9), um recurso de uma clínica de vacinas localizada em Florianópolis que buscava autorização judicial para poder realizar atividades de vacinação fora da região de sua sede na capital catarinense, por meio de unidades móveis. A decisão foi proferida por unanimidade pela 3ª Turma da Corte, que seguiu o entendimento de norma técnica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A empresa ajuizou um mandado de segurança junto à Justiça Federal catarinense, pleiteando que a Anvisa e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) não pudessem proibir a autora de oferecer serviços de vacinação em áreas onde não houvesse oferta de vacinas por unidade privada, incluindo territórios fora da região metropolitana de Florianópolis.

De acordo com a clínica, a Secretaria havia emitido uma portaria em 2020, que restringiria a atividade de vacinação extramuros à somente a região de saúde do Município onde a sala de vacina está localizada. O ato normativo da SES/SC teve como base uma norma técnica emitida pela Anvisa em 2018.

A autora argumentou que foi indevidamente limitada a poder realizar aplicação de vacinas apenas na região de saúde que Florianópolis abrange, ou seja, a região metropolitana da capital



catarinense. O juízo de primeiro grau indeferiu o pedido e a empresa recorreu ao TRF4. No recurso, a clínica alegou que a orientação expressada na norma técnica da Anvisa violaria o direito da autora ao livre exercício de sua atividade econômica.

A 3ª Turma negou provimento ao recurso e manteve a decisão de primeira instância. A desembargadora Marga Inge Barth Tessler, relatora do caso, ressaltou o fato de que a legislação estabelece um prazo para a impetração de mandados de segurança em situações como a da clínica. “Observa-se que o ato impugnado, consubstanciado em normativa técnica da Anvisa, foi editado ainda no ano de 2018. Não tendo havido um ato concreto praticado pela autoridade coatora em face da impetrante, e impetrado o writ no ano de 2021, forçoso reconhecer ter sido ultrapassado o prazo decadencial de 120 dias previsto no artigo 23 da Lei nº 12.016/2019”, ela destacou.

Também foi ressaltado pela magistrada que o mandado de segurança não pode ser utilizado contra lei em tese, “pois visa a proteger direito líquido e certo, isto é, determinado, concreto, individualizado, violado ou em iminência de ser violado por autoridade. Ou seja, o referido meio processual não se presta a impugnar normas gerais e abstratas”.

Tessler concluiu que “considerando a inadequação da via eleita para a impugnação de atos normativos em tese, entende-se que a presente demanda carece de interesse processual, fazendo-se necessária sua extinção sem resolução de mérito”.

Nº 5023706-40.2021.4.04.0000/TRF

Fonte: TRF4

<https://www.lex.com.br/noticias-clinica-nao-oferecer-vacinacao-fora-regiao-metropolitana-florianopolis/3693>

 Ministério da Saúde

 Agência Nacional de Saúde Suplementar

Parto Seguro: do protocolo de cuidados ao protagonismo da mulher

Em live promovida pela ANS, especialistas debatem ações para garantir o parto respeitoso à mulher e a redução da mortalidade materna



A #Live - Parto seguro e respeitoso: por onde começar?” reuniu, na última quinta-feira (16/09), especialistas de diversas áreas que atuam no acompanhamento de gestantes, seja no pré-natal, no parto ou no pós-parto. Durante o evento virtual promovido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), eles compartilharam suas experiências e, juntos, propuseram alternativas para assegurar a redução da mortalidade de mães e bebês no Brasil.

O encontro integra as ações da Aliança para o Parto Seguro e Respeitoso, iniciativa liderada pela Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) e que reúne quase 50 entidades, como a ANS. Além disso, vai ao encontro de medidas orientadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que escolheu "Cuidado materno e neonatal seguro' como tema do Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021, comemorado na sexta-feira, 17/09.

Ao abrir o evento, o diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES) substituto da ANS, Cesar Serra, destacou sua experiência pessoal, contando sobre o parto humanizado de seus filhos e reafirmando a importância de se debater o assunto. “Temos muito a evoluir e é necessário unir forças para reduzir as taxas de óbitos de mães e bebês que ocorrem em razão de falhas”, destacou.

O diretor-superintendente médico e de Serviços Hospitalares do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Miguel Cendoroglo Neto, e o diretor sênior do Institute for Healthcare Improvement (IHI), Paulo Borem, deram seus depoimentos sobre o sistema de cuidados e os desafios para assegurar a segurança do parto e o respeito à mulher e aos bebês.

Em seguida, a gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, abriu a primeira mesa de debates, que tratou do tema “Por que falar sobre mortalidade materna importa?”. A mesa teve a participação do presidente da SOBRASP, Victor Grabois; do gerente do Departamento Médico de Maternidade e Pediatria do HIAE, Linus Fascina; o vice-presidente do IHI, Pedro Delgado; a presidente da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizas (ABEMFO-RS), Virgínia Moretto; e a professora de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS e representante da Febrasgo, Maria Celeste Osório.

Os participantes chamaram a atenção para a importância dos protocolos de atendimento à gestante, para evitar a mortalidade seja da mamãe ou do bebê, bem como de uma parceria dos profissionais que estão envolvidos no atendimento à mulher, para que ouçam ela e a ajudem com



informações claras e acessíveis.

Para Victor Grabois, a mortalidade materna é um problema de saúde pública no mundo todo e está fortemente ligada às questões da equidade e da diversidade, que acabaram sendo agravadas pela pandemia da Covid-19. “Resolver o problema da mortalidade materna passa por políticas de saúde, sociais e educacionais. A complexidade do problema, que envolve questões assistenciais, sociais e econômicas, exige que não apenas os governos, mas a sociedade civil se una e se mobilize para o enfrentamento adequado a este grave problema”, declarou Grabois.

Ele ressaltou as dez diretrizes da Aliança para o Parto Seguro e Respeitoso: equidade, parto adequado, prevenção da prematuridade e da mortalidade materna, letramento, respeito, redes de atenção, empoderamento, engajamento e participação da família.

Projeto Parto Adequado da ANS

A equipe técnica da ANS que está à frente do projeto do Parto Adequado fez uma apresentação sobre os trabalhos realizados, salientando as ações de qualidade em saúde da Agência, das quais faz parte a certificação em parto adequado. “A complexidade dos problemas no Brasil exige uma resposta coletiva, abrangente e multiprofissional”, salientou a especialista em Regulação da ANS, Renata Gasparello.

O gerente-executivo de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadores da Agência, Felipe Riani, apresentou o Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal da ANS na saúde suplementar, fazendo um comparativo entre os dados no país e de outros países, demonstrando que o Brasil ainda tem números aquém do esperado.

Como mudar essa realidade

Já na segunda mesa de debates - Por um parto seguro e respeitoso: como melhorar os desfechos do cuidado materno e neonatal no Brasil? - Ana Paula Cavalcante mediu um talk show entre a professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) Maria do Carmo Leal; o coordenador médico de Obstetrícia do HIAE, Rômulo Negrini; a doutora em Pediatria, médica da Divisão de Neonatologia e Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp, Roseli Calil; e a enfermeira obstetra e especialista em regulação em Saúde Suplementar da ANS e Faculty do IHI Jacqueline Torres.

Os painelistas chamaram a atenção para as linhas de cuidado para a gestante, protocolos de atenção, informação adequada às mulheres, preenchimento correto dos cartões de pré-natal,



melhoria da comunicação entre as equipes de atendimento, orientação sobre as boas práticas durante a pandemia e com atenção aos vírus respiratórios que podem levar ao agravamento da gestação, dentre outras ações necessárias para assegurar a saúde de mães e bebês e o parto seguro e respeitoso.

Para Jacqueline, o investimento nas metodologias, a translação das informações e o engajamento das lideranças é fundamental para a implementação das diretrizes e para o sucesso da atenção à saúde. “O conhecimento científico precisa ser levado para o dia a dia de trabalho. Essas estratégias precisam ser colocadas em prática”, frisou Jacqueline Torres.

Maria do Carmo também frisou a importância da presença e da participação do homem na trajetória da gestante, principalmente na maternidade. “O acompanhante tem um papel importantíssimo em todos os momentos, não só para a mulher como para a relação com as equipes que assistem à mãe. Tenho visto os homens mais participativos e isso tem sido valioso”, declarou.

Roseli também abordou o assunto: “Os pais precisam estar envolvidos”. Ela ainda alertou que, nos casos em que houver impedimento da presença do pai por segurança à saúde das mães ou dos bebês, podem ser utilizados os meios tecnológicos, como o celular, para estabelecer uma conexão entre os membros da família, o que traz benefícios inclusive ao bebê.

Ao finalizar o evento, o diretor-ajunto da DIDES, Pedro Vilela, frisou que se deve buscar uma rede colaborativa e que o parto seja sempre indicado com protocolos a partir de evidências científicas.

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/parto-seguro-do-protocolo-de-cuidados-ao-protagonismo-da-mulher>

iLabthon é publicado no banco de casos da OCDE e recebe reconhecimento internacional

Iniciativa de promoção da cultura inovadora no setor público teve o apoio e a participação do Lab Inova ANS

Fonte: ANS

Data: 23/09/2021



O Labthon, iniciativa de promoção da cultura inovadora no setor público – que contou com o apoio e participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – acaba de ser publicado no banco de casos de inovações do Observatório de Inovação no Setor Público (OPSI), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) – confira aqui a publicação. O evento, agora reconhecido internacionalmente, teve o apoio do laboratório de inovação da Agência, o Lab Inova ANS, e foi realizado entre os dias 29 e 31 de janeiro com a participação de 1,3 mil pessoas, divididas em 259 equipes de 22 estados brasileiros e quatro países.

Conduzido pela rede Conexão Inovação Pública RJ, de forma totalmente online e gratuita, o iLabthon objetivou a criação de laboratórios e unidades de inovação no âmbito do setor público, promovendo a maturidade dos processos de governança. O encontro seguiu o formato de maratona de imersão, nos moldes de um hackathon, com competição entre as equipes inscritas.

Além do iLabthon, a ANS também apoiou em julho deste ano o Regulathon, primeira maratona regulatório do mundo para difusão das boas práticas. A Conexão Inovação Pública RJ é uma rede criada em 2019 pelo Lab Inova ANS, pelo Centro Cultural do Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) com o objetivo de fomentar a inovação no setor público.

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ilabthon-e-publicado-no-banco-de-casos-da-ocde-e-recebe-reconhecimento-internacional>

Boletim Covid-19: ANS divulga dados atualizados até agosto de 2021

Dados apontam para redução de inadimplência. Ocupação geral de leitos hospitalares segue em queda

Fonte: ANS

Data: 23/09/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta quinta-feira (23), a edição



de setembro do Boletim Covid-19 com dados sobre o impacto da pandemia de Covid-19 no setor de planos de saúde. Na edição deste mês, o boletim indica estabilidade no número de beneficiários, mantendo 48,4 milhões de vínculos em planos de assistência médica. Os dados são referentes ao mês de agosto de 2021 e mostram leve aumento na taxa de ocupação de leitos para atendimento à Covid-19, em relação ao mês anterior, enquanto o atendimento a demais procedimentos segue estável desde fevereiro de 2021. Houve redução no valor de inadimplência de planos com preço preestabelecido, também em relação ao mês anterior, assim como nos percentuais de inadimplência para planos individuais/familiares e para coletivos. Entretanto, todos esses valores estão próximos de seus patamares históricos. A ANS também registrou queda no número de reclamações relacionadas à Covid-19, feitas nos canais de atendimento da Agência Reguladora.

O informativo é divulgado mensalmente pela ANS e reúne indicadores assistenciais e econômico-financeiros, coletados até agosto de 2021, junto a um conjunto de operadoras que representa 74% dos beneficiários de planos de assistência médica. O Boletim Covid da ANS também apresenta uma prévia do número de beneficiários em planos de assistência médica em agosto, além de dados sobre exames relacionados à Covid-19 realizados e as demandas dos consumidores registradas na ANS através de seus canais de atendimento.

Confira abaixo mais detalhes dos indicadores coletados.

Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica no mês de agosto apresentou um crescimento de 0,17% em relação ao mês anterior e atingiu 48.446.444 usuários. Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação se mantém positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação no período de um ano.

Informações assistenciais

Em agosto, observa-se, novamente, uma redução expressiva na proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19 dos hospitais da amostra, chegando a 18%, após ter alcançado os índices mais altos observados desde o início desse monitoramento nos meses de março e abril de 2021 (49%). A taxa mensal geral de ocupação de leitos – que engloba leitos comuns e UTI – não sofreu alteração em relação a julho, se mantendo em 70% em agosto, e abaixo dos 72% observados em agosto de 2019 (período pré-pandemia). A comparação com o ano de 2020 não é adequada, uma vez que as medidas de enfrentamento da pandemia adotadas no ano passado provocaram queda na procura por cirurgias eletivas a partir de março de 2020.



A ocupação de leitos de UTI para atendimento à Covid-19 apresentou redução de 2 pontos percentuais em relação a julho (de 61% para 59%); já para os leitos comuns, houve aumento de 6 pontos percentuais (de 51% para 57%). A taxa de ocupação, tanto de leitos comuns como de UTI para demais procedimentos apresenta estabilidade desde fevereiro de 2021.

Desde o início da pandemia, houve uma redução na procura dos beneficiários por atendimento em pronto socorro que não geram internações, com queda mais acentuada em abril de 2020. Em agosto de 2021, o indicador apresentou aumento em relação ao mês anterior, mas permanece abaixo do patamar observado antes do início da pandemia (fevereiro de 2020). Quanto à procura por exames e terapias eletivas (Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT), a emissão de autorizações para procedimentos de SADT em agosto cresceu 11,1% em relação a agosto de 2019 (pré-pandemia), o que aponta para um retorno da procura por exames e terapias eletivas, que sofreram redução expressiva ao longo do ano passado.

O custo da diária de internação com UTI para Covid-19 ficou 21,8% acima do custo para internação cirúrgica e o tempo de internação para Covid-19, com ou sem UTI, se manteve superior às internações clínica e cirúrgica.

Exames relacionados à Covid-19

Em relação a exames para detecção da Covid-19, o Boletim indica que, após uma queda no mês de abril, o número de exames de RT-PCR voltou a subir em maio, somando 670.401. Em junho, o número caiu para 434.501. Também diminuiu o número de testes do tipo sorológico: foram 92.293 em maio e 50.247 em junho de 2021.

Cabe ressaltar que, em comparação com Boletins anteriores, números de competências passadas podem sofrer alteração. Isto porque exames ocorridos em determinado mês podem ser cobrados das operadoras nos meses subsequentes quando, somente então, serão enviados à ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS.

Informações econômico-financeiras

Em relação aos indicadores econômico-financeiros, o boletim aponta uma queda no indicador de sinistralidade (mediana) entre julho e agosto deste ano (82% e 80%, respectivamente). Na prévia do indicador do 3º trimestre, a sinistralidade de caixa mostra pequena elevação em relação ao trimestre anterior de 2021, todavia patamar menor em relação ao mesmo trimestre de 2019 (pré-pandemia).

Ao se observar o agregado das operadoras do setor no DIOPS, detecta-se queda do



resultado líquido no 2º trimestre de 2021 em relação ao montante do 1º trimestre de 2021, bem como patamar inferior ao verificado no 2º trimestre de 2019 (ano pré-pandemia). A análise dos dados indica que o resultado líquido menos favorável no 2º trimestre de 2021 foi concentrado em grupo de grandes operadoras médico-hospitalares. Até o momento, a mediana do resultado líquido do setor no 2º trimestre de 2021 indica manutenção de patamares superiores aos verificados em ano pré-pandemia. A ANS permanecerá monitoramento a evolução desses dados no setor.

Sobre inadimplência de planos com preço preestabelecido, em agosto de 2021, observa-se redução no valor de inadimplência de planos com preço preestabelecido se comparado com o mês anterior. Esse valor, assim como os percentuais de inadimplência para planos individuais/familiares e para coletivos, permanece próximo dos seus patamares históricos.

Demandas dos consumidores

Em agosto, houve queda no número de reclamações relacionadas à Covid-19 registradas nos canais de atendimento da ANS. Foram 769 reclamações no mês e 811 reclamações em julho deste ano. Ainda em comparação ao mês anterior, as reclamações relacionadas à cobertura para os exames diagnósticos da Covid-19 reduziram 2,5%, enquanto as demandas sobre outras assistências afetadas pela pandemia (cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionados à Covid-19) reduziram 20,2%, aproximadamente. Já demandas não assistenciais sobre o tema apresentaram aumento de cerca de 10,1%.

Com relação a temas gerais e relacionados à Covid-19, foram registradas na Agência 18.307 reclamações, passíveis de mediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). O número é 8,5% maior que o registrado em julho deste ano e 29,5% maior que o total de atendimentos feitos em agosto de 2020.

Ressalta-se que o dado apresentado considera os relatos de consumidores que cadastraram suas queixas na ANS, sem análise de mérito sobre eventual infração da operadora ou da administradora de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos ou aos termos contratuais.

Importante destacar, também, que a intermediação de conflitos feita pela ANS entre consumidores e operadoras tem resolvido mais de 90% dessas reclamações, demonstrando a eficiência do instrumento empregado pela ANS, mesmo em um momento atípico, em razão da pandemia da Covid-19.

Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto



a uma amostra de 50 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 105 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e para análise de inadimplência.

Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF), do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), do Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) e do ANS TabNet.

Através do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar, a ANS vem monitorando o comportamento e a evolução do setor de planos de saúde desde o início da pandemia. O objetivo é subsidiar a análise qualificada da Agência para a tomada de decisão sobre temas relacionados à Covid-19 e prestar mais informações à sociedade.

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/boletim-covid-19-ans-divulga-dados-atualizados-ate-agosto-de-2021>

FOLHA DE S.PAULO



CPI ignora possível conflito de interesses entre relator Renan e empresa investigada

Senador é alvo de inquérito no STF por suspeita de ter recebido repasse de empresário agora alvo da comissão, mas nega qualquer ligação

Fonte: Folha de São Paulo

Data: 24/09/2021

A CPI da Covid entra em sua reta final evitando discussões sobre o fato de seu relator, o senador Renan Calheiros (MDB-AL), investigar um empresário que é suspeito de ter feito repasses ilegais em favor do próprio congressista, além de outros caciques do MDB. Esse possível conflito de



interesses envolve Francisco Maximiano e sua empresa Global, que tiveram sigilos quebrados na CPI, e transferências de R\$ 9 milhões desta firma a Milton Lyra, suspeito de ser operador financeiro de Renan, segundo apurações em inquérito em curso no STF (Supremo Tribunal Federal).

Maximiano está no centro das apurações da CPI do Senado sobre a intermediação de outra empresa dele, a Precisa Medicamentos, para a compra da vacina indiana Covaxin pelo governo Jair Bolsonaro. Ele tem sido cobrado pela CPI por suas ligações com o deputado Ricardo Barros (PP-PR), líder do governo na Câmara. Renan teve acesso a um acervo de documentos obtidos em uma devassa nos dados de Maximiano e suas empresas. Na CPI da Covid, foram quebrados sigilos relativos à Global a partir de 2018.

A partir de solicitações feitas por Renan, foram obtidas informações relativas aos dados fiscais, bancários, telefônicos e telemáticos (como contatos, emails e mensagens enviadas) da empresa, sob a justificativa de identificar as supostas irregularidades relacionadas à pandemia. Ainda é solicitada a comparação de movimentação financeira em relação aos três anos anteriores ao período em questão —ou seja, a partir de 2015. Não houve questionamentos a respeito da isenção de Renan para analisá-los.

Em tese, Renan terá à sua disposição dados e documentos que já foram ou podem ser recolhidos em medidas de busca e apreensão pela Polícia Federal, e assim ter conhecimento antecipado sobre elementos que eventualmente podem ser usados na investigação do STF. A pedido da CPI, já houve busca e apreensão da Polícia Federal no último dia 17 em endereços da Precisa, nas cidades de Itapevi e Barueri (ambas na Grande SP). A ação policial foi realizada sob a justificativa de que era necessário obter documentos principalmente relativos à negociação da Covaxin, que supostamente a empresa ocultava.

Procurado pela reportagem, Renan afirmou por meio de sua assessoria que "a ilação feita na matéria é uma das coisas mais absurdas de que se tem notícia". "O senador sequer conhecia Maximiano antes da CPI e jamais teve operador", disse, em nota. "Não por acaso, falsas imputações e ilações irresponsáveis já levaram ao arquivamento de mais de 2/3 das acusações feitas contra ele nos últimos anos. Esse inquérito por certo terá o mesmo destino."

Apesar de a quebra de sigilo da Global se iniciar em 2018, essa data não é padrão da CPI. No caso de Ricardo Barros, há quebras que se iniciam no ano de 2016, assim como no caso de informações fiscais da Precisa Medicamentos. Nos últimos dez anos, Maximiano não se envolveu apenas no escândalo das vacinas. O empresário também é suspeito de repasses que são investigados pela Polícia Federal e pelo Ministério Público Federal.



Um desses inquéritos, que tramita no Supremo desde agosto de 2017, aponta suspeitas de que transferências da Global tinham como destinatário final o senador Renan Calheiros. Não tem havido na CPI questionamentos sobre a possibilidade de conflito de interesses nessas apurações conduzidas pelo senador a respeito de empresas que fazem parte de apurações que o envolvem.

A questão foi mencionada na CPI quando o senador Flávio Bolsonaro (Patriota-RJ), filho do presidente Jair Bolsonaro, provocou Renan ao citar Milton Lyra e o inquérito, em julho. Renan disse que era "uma questão absolutamente inverdadeira". "Eu nunca tive operador na minha vida. Minha vida sempre foi transparente, absolutamente transparente. Nunca me acusaram de ter operador. Quem é acusado de ter operador é o senador Flávio Bolsonaro", respondeu. Após a troca de acusações, a sessão prosseguiu.

O inquérito no STF é relatado pelo ministro Luís Roberto Barroso e investiga suposto pagamento de benefícios a Renan por empresários que fizeram negócios relacionados ao fundo de pensão de funcionários dos Correios, o Postalís. Parte das negociações que teriam beneficiado Lyra envolvia a aquisição de debêntures (títulos de dívida emitidos por empresas para captar recursos no mercado privado e com isso bancar suas atividades) de empresas pelo Postalís.

No caso da Global, a Polícia Federal apura transferências de R\$ 9 milhões ocorridas entre 2011 e 2015 a empresas ligadas a Milton Lyra. Só em fevereiro de 2013, a Global repassou R\$ 7,5 milhões a uma firma do operador. A PF levanta a hipótese de que os pagamentos foram feitos para garantir apoio político de Renan à nomeação e manutenção no cargo de funcionários de alto escalão dos Correios e Postalís, que teriam recomendado, aprovado e viabilizado a transferência de valores para as empresas.

A conclusão do inquérito, aberto em 2017, tem sido adiada de forma sucessiva para mais apurações. Seu conteúdo mais recente foi posto sob sigilo. A Global foi citada em delação premiada firmada por Alexandre Romano, advogado e ex-vereador de Americana (SP) pelo PT. Ele disse em depoimentos ao Ministério Público Federal em 2015 e 2016 que firmou contratos simulados com a Global, e que parte desses valores eram repassados como propina a um dirigente dos Correios.

Entre o fim de 2011 e o início de 2012, segundo o relato, a Global fechou negócio para fornecer medicamentos com desconto aos funcionários dos Correios, em contratos firmados inicialmente por meio de uma conveniada à estatal e depois pela Postal Saúde (caixa de assistência de saúde dos funcionários dos Correios). A relação de Maximiano com Alexandre Romano tem sido investigada no âmbito da Justiça Federal de São Paulo, responsável pela Operação Custo Brasil, que envolveu dirigentes petistas.



Em sua delação, Romano diz que Maximiano deu a entender que parte dos valores do esquema criminoso ligado aos Correios também teria como destino o PT, operação que teria contado com a participação do ex-tesoureiro do partido, João Vaccari Neto. Em nota, os advogados de Maximiano, Ticiano Figueiredo e Pedro Ivo Velloso, afirmam que "este inquérito é baseado na delação mentirosa de Alexandre Romano, que se arrasta há mais de seis anos, sem quaisquer indícios de irregularidades. Francisco Maximiano não foi indiciado muito menos denunciado pelas autoridades em razão das acusações infundadas".

"Todas as operações financeiras realizadas pelo grupo foram legais e seguiram todos os critérios de integridade e compliance, com serviços prestados e comprovados", completam.

Já o PT diz em nota que não é parte do procedimento penal, mas "não surpreende que delações sem provas sejam requestradas por setores que não se resignam" com situações como o arquivamento à ação penal do 'quadrilhão' e as absolvições de acusados "por entender que a denúncia não tinha justa causa e tratava-se, segundo o juiz, de 'tentativa de criminalizar a atividade política'".

Afirma ainda que "Lula resgatou a condição de cidadão inocente e de plenos direitos em 19 ações e inquéritos judiciais e lidera todas as pesquisas presidenciais".

O advogado Luiz Flávio Borges D'Urso, que representa João Vaccari Neto, diz que seu cliente se defende em relação à acusação sobre um suposto esquema nos Correios em outro processo que tramita na Justiça Federal do Distrito Federal. Segundo ele, neste processo a acusação sustenta que o delator, um dos denunciados, teria ouvido que outra pessoa deu R\$ 1 milhão para uma funcionária do PT e que esse dinheiro deveria ser entregue a Vaccari.

"Essa afirmação, de ouvir dizer, além de ser palavra isolada de delator, sem nenhuma prova a corroborá-la, é totalmente mentirosa", afirma, acrescentando que o seu cliente jamais recebeu qualquer quantia dessas pessoas e que o próprio delator adverte que nunca tratou desses assuntos com o ex-tesoureiro do PT.

"O processo neste momento está aguardando o início da instrução", diz D'Urso.

Procurada pela Folha, a defesa de Milton Lyra não se manifestou.

<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/09/cpi-ignora-possivel-conflito-de-interesses-entre-relator-renan-e-empresa-investigada.shtml>



Flexibilização dos planos de saúde divide especialistas

Proposta de coberturas enxutas pode reduzir custos, mas há risco de retrocesso nos direitos do consumidor

Fonte: Folha de São Paulo

Data: 24/09/2021

A proposta de flexibilização dos planos de saúde, que passariam a ter coberturas mais enxutas do que hoje determina a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), dividiu especialistas que participaram da 8ª edição do seminário Saúde do Brasil, realizado pela Folha na última segunda-feira (20). Hoje, há cinco tipos de plano: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência —que inclui atendimento em consultórios, exames e internação— e cobertura odontológica. As empresas são obrigadas a oferecer uma lista de procedimentos, definida pela ANS.

Um projeto de lei de 2006, que voltou a ser discutido na Câmara neste ano, propõe retirar a obrigatoriedade e permitir que operadoras ofereçam coberturas reduzidas, em que o consumidor pode contratar só parte dos serviços.

Se por um lado a proposta pode resultar em opções mais baratas, há risco de retrocesso nos direitos dos consumidores, segundo os debatedores. Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), defendeu que planos mais segmentados vão permitir um maior acesso à saúde, com ofertas mais acessíveis para quem, hoje, não consegue pagar o serviço. “Não estamos falando em mudar os planos atuais, é para quem hoje não está no sistema e depende apenas do SUS [Sistema Único de Saúde].”

Segundo Valente, a lista de procedimentos obrigatórios encarece os planos, e os consumidores deveriam ter a opção de escolher. “Se você puder pagar, ótimo. Não entendo defender que, ou as pessoas têm o plano completo, ou não tem nada”, diz.

Para Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de saúde do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), as mudanças podem ser feitas via regulação sem necessidade de alterações profundas na lei. Ela argumenta que a negociação de cobertura não traz benefícios para o consumidor. “Quando permitimos um plano que oferece exame, mas não dá direito ao tratamento, o que a pessoa faz com o diagnóstico? Não faz sentido mudar a lei e tirar a proteção [do



consumidor] para que empresas possam concorrer com clínicas populares.”

De acordo com dados do Idec, as operadoras lideraram o ranking de reclamações dos consumidores até 2019—no ano passado, os serviços financeiros tomaram a liderança. Navarrete diz que as reclamações mais comuns eram relacionadas à falta de cobertura, mas, de 2018 para cá, passaram a ser sobre reajuste. Em uma decisão inédita em julho deste ano, a ANS determinou um reajuste negativo de -8,19% para planos individuais ou familiares. A justificativa foi a queda de procedimentos eletivos como consultas, exames e cirurgias registrada em 2020, motivada pela pandemia de Covid-19.

A medida só valeu para os usuários que tenham contratos individuais, fatia que representa 17% do total de beneficiários. Os planos coletivos empresariais e por adesão não são regulados pela ANS. A ANS ainda suspendeu o reajuste de mensalidade de 2020, mas a partir de janeiro deste ano esse reajuste —anual ou por mudança de faixa etária— pode voltar a ser cobrado, parcelado em 12 vezes. No entendimento do Idec, afirma Navarrete, a cobrança das mensalidades suspensas não deveria ter acontecido sem avaliação desse impacto para o consumidor.

Ela também critica a ausência de regulação nos planos coletivos, criando uma competição desigual. “Se você deixa uma parte menos regulada, a tendência do mercado é ir para onde ele é mais livre.”

Já a diretora-executiva da FenaSaúde diz que não cabem interferências por ser uma negociação entre empresas. O fato do reajuste do plano individual ser calculado de forma única para todo setor, diz, desestimula operadoras pois há um risco de o valor não cobrir a despesa assistencial da empresa. Valente avalia que as mudanças na estrutura etária e no perfil epidemiológico do país, somadas às novas tecnologias do mercado, aumentaram o custo dos planos de saúde.

E, embora tenha tido uma queda na sinistralidade no ano passado, hoje há uma tempestade perfeita. “A segunda onda da Covid-19 trouxe internações mais caras, pois houve um aumento nos custos dos insumos e as cirurgias e procedimentos voltaram a padrões pré-pandemia”, diz, acrescentando que isso deve refletir nos próximos reajustes.

Entre março de 2020 e julho deste ano, 1,3 milhão de pessoas adquiriram um plano de saúde, segundo dados da ANS, e o número de beneficiários já alcança a marca dos 48,3 milhões, o maior desde 2016. “Os números vêm crescendo de forma contínua, o que demonstra o interesse da sociedade no acesso à saúde suplementar e na segurança que ela representa, especialmente neste momento de pandemia”, complementa Paulo Rebello, diretor-presidente da ANS.



Segundo ele, entre os principais desafios do setor está a busca pela sustentabilidade, com operadoras saudáveis que garantam atendimento de qualidade em tempo adequado, e maior transparência para que o consumidor possa tomar melhores decisões.

<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2021/09/flexibilizacao-dos-planos-de-saude-divide-especialistas.shtml>

