



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

Apelação Cível - Turma Espec. III - Administrativo e Cível
Nº CNJ : 0100585-95.2017.4.02.5101 (2017.51.01.100585-1)
RELATOR : Desembargador Federal MARCELO PEREIRA DA SILVA
APELANTE : VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
ADVOGADO : RJ040474 - NIDIA REGINA DE LIMA AGUILAR FERNANDES E OUTRO
APELADO : AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS
PROCURADOR : PROCURADOR FEDERAL
ORIGEM : 08ª Vara Federal de Execução Fiscal do Rio de Janeiro
(01005859520174025101)

EMENTA

ADMINISTRATIVO. EMBARGOS À EXECUÇÃO. APELAÇÃO CÍVEL. PRESCRIÇÃO DOS CRÉDITOS OBJETO DA EXECUÇÃO FISCAL. APLICAÇÃO DO ART. 206 CC. IMPOSSIBILIDADE. INDEFERIMENTO PROVA PERICIAL. CERCEAMENTO DE DEFESA. INOCORRÊNCIA. UTILIZAÇÃO DA TABELA TUNEP. LEGALIDADE. ART. 32 DA LEI 9.656/1998. CONSTITUCIONALIDADE. DESCONSTITUIÇÃO DO CRÉDITO EXEQUENDO EM DECORRENCIA DE QUESTÕES CONTRATUAIS. AUSÊNCIA DE PROVA INEQUÍVOCA APTA A AFASTAR A DECISÃO ADMINISTRATIVA.

1. Conquanto o embargante sustente a aplicação do prazo prescricional trienal previsto no art. 206, §3º, IV, do CC, para a cobrança relativa ao ressarcimento ao SUS, com o consequente reconhecimento da prescrição e desconstituição do crédito objeto da execução fiscal nº 037470-42. 2013.4.02.5101, por se tratar de receita pública de natureza não tributária, aplica-se às cobranças relativas ao ressarcimento ao SUS o prazo prescricional quinquenal previsto no art. 1º do Decreto nº 20.910/1932, e não o prazo de 03 (três) anos previsto no Código Civil, aplicável às indenizações civis. Por seu turno, conforme dispõe o art. 4º do aludido Decreto nº 20.910/1932, a prescrição não corre durante a tramitação do processo administrativo, na medida em que, anteriormente à decisão final administrativa, o crédito tributário não era exigível, diante da ausência de constituição definitiva. Precedentes do Colendo Superior Tribunal de Justiça e desta Egrégia Corte.

2. Não se identifica a fluência do lustro prescricional, uma vez que somente após o término do processo administrativo nº 33902.100687/2010-58, com o julgamento das impugnações e recursos começou o transcurso do prazo prescricional, sendo certo que as respectivas GRU's que ensejaram a inscrição em dívida ativa apresentavam vencimento em 15.06.2011, 15.07.2011 e 21.11.2012, respectivamente, tendo o débito sido inscrito em dívida ativa em 18.09.2013 e a execução fiscal ajuizada em 12.12.2013, pelo que afastada a prescrição na hipótese.

3. Afasta-se o alegado cerceamento de defesa, em razão do indeferimento da prova pericial médica e contábil requerida pela Embargante, haja vista a natureza eminentemente objetiva das questões impugnadas, cabendo à interessada comprovar eventual inobservância dos termos contratuais, nos moldes do sustentado, acostando aos autos o substrato probatório correspondente, notadamente os contratos celebrados e respectivos termos de adesão dos beneficiários, além das AIH's e documentos conexos, o que, aliás, não ocorreu na hipótese em apreço, em que a Embargante se limitou a juntar aos autos cópia integral do processo administrativo nº 33902.100687/2010-58, merecendo ser prestigiado o entendimento adotado pelo Magistrado de Primeiro Grau no sentido de que *“em que pese a tentativa da*



embargante em transferir o ônus da prova de suas alegações ao embargado, evidente que apenas a ela cabe a comprovação de que os referidos atendimentos não existiram ou não se enquadravam nos casos passíveis de ressarcimento ao SUS, a desconstituir os créditos em cobrança”. Afigura-se, igualmente, despicienda a prova pericial contábil pleiteada pela Embargante para *“revisar os valores em cobrança”*, afirmando ser abusiva *“a adoção de tabela diferente da que é praticada para pagamento e custeio do SUS”*, evidenciado que a aplicação, ou não, da TUNEP é questão estritamente de direito, cuja apreciação baseia-se na análise dos dispositivos legais.

4. A ANS, no exercício de seu poder de regulamentar, fiscalizar e controlar as ações de serviços de saúde, criou, através da Resolução RDC 17, de 03.03.2000, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, dando atendimento ao §7º do art. 32 da Lei nº 9.656/1998. Foram, assim, estabelecidas as condições para o ressarcimento e os valores a serem observados, respeitando-se a norma do §8º do art. 32 da Lei nº 9.656/1998, segundo a qual: *“Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras”* de planos de assistência à saúde. A jurisprudência pacificou-se no sentido da legalidade da utilização da TUNEP e da não abusividade dos valores dela constantes, os quais incluem todas as ações necessárias para o pronto atendimento e recuperação do paciente, ou seja, a internação, os medicamentos, os honorários médicos, dentre outros.

5. Na esteira do entendimento manifestado pelo Supremo Tribunal Federal nos autos da ADIn 1.931-9, editou esta egrégia Corte o Enunciado nº 51 da Súmula de sua Jurisprudência Predominante, segundo o qual: *“O art. 32, da Lei nº 9.656/98, que trata do ressarcimento ao sistema único de saúde (SUS) é constitucional”*, sendo, portanto, pacífico que a referida Lei não teria incorrido em qualquer violação ao ato jurídico perfeito nem, tampouco, ao direito adquirido das operadoras de planos de saúde. Releva mencionar que a questão restou recentemente apreciada pelo plenário do Supremo Tribunal Federal, por ocasião do julgamento do RE 597064/RJ (tema 345 da repercussão geral), Rel. Min. GILMAR MENDES, DJE 09.02.2018, ratificando o posicionamento acerca da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS.

6. Não há que se falar em aplicação retroativa da Lei nº 9.656/1998, uma vez que ela não retroage para interferir na relação contratual, incidindo tão-somente para gerar o dever da operadora de ressarcir a União pelos atendimentos prestados após o seu advento.

7. O art. 32 da Lei nº 9.656/1998, ao instituir o dever de ressarcimento ao SUS determinou, de forma clara, uma compensação pelos serviços de atendimento prestados, sem distinguir se a utilização do serviço público foi ou não opção do beneficiário, se foi ou não em rede credenciada, sendo bastante, para o dever de ressarcimento, que o usuário do plano de saúde recorra ao sistema público, eis que o intuito da norma foi o de evitar o enriquecimento sem causa das operadoras de planos de saúde, que auferem renda justamente para prestar o serviço devido e necessário aos seus beneficiários.

8 O ressarcimento ao SUS é devido em relação às autorizações de internação hospitalar quando as provas produzidas nos autos não forem hábeis a ilidir a presunção de legalidade de que gozam os atos administrativos, notadamente quanto à conclusão de que os atendimentos realizados se enquadram nas hipóteses que contemplam o ressarcimento.

9. Merece ser prestigiada a sentença que constatando que *“a embargante se limitou a fazer alegações genéricas, sem apontar um fato concreto relativo a algum segurado, que lhe*



desonerasse do ressarcimento”, e enfatizando, acertadamente, que “*o ato administrativo de formulação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é dotado de presunção de legalidade, competindo à embargante a produção de prova em contrário*”, concluiu pela ausência de nulidade apta a desconstituir o crédito exequendo, para reconhecer a improcedência dos embargos opostos pela operadora de saúde.

10. Apelação da Embargante desprovida.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas:

Acordam os membros da 8ª Turma Especializada do Tribunal Regional Federal da 2ª Região, por unanimidade, em negar provimento à apelação, na forma do voto do Relator.

Rio de Janeiro, 18 de junho de 2019.

MARCELO PEREIRA DA SILVA
DESEMBARGADOR FEDERAL



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

Apelação Cível - Turma Espec. III - Administrativo e Cível
Nº CNJ : 0100585-95.2017.4.02.5101 (2017.51.01.100585-1)
RELATOR : Desembargador Federal MARCELO PEREIRA DA SILVA
APELANTE : VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
ADVOGADO : RJ040474 - NIDIA REGINA DE LIMA AGUILAR FERNANDES E OUTRO
APELADO : AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS
PROCURADOR : PROCURADOR FEDERAL
ORIGEM : 08ª Vara Federal de Execução Fiscal do Rio de Janeiro
(01005859520174025101)

RELATÓRIO

Trata-se de **apelação** interposta por VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. (fls. **7984/8023**) em face da sentença de fls. **7970/7980** proferida pelo MM Juízo da 8ª Vara Federal de Execução Fiscal/RJ, que julgou improcedentes os pedidos formulados nos Embargos à Execução, com o fito de afastar a cobrança do crédito expresso na CDA nº 10541-47, oriunda do Processo Administrativo nº 33902.100687/2010-58, relativo ao ressarcimento devido ao SUS em razão dos Avisos de Internação Hospitalar (AIH), determinado o consequente prosseguimento da Execução Fiscal nº 2013.5101.037470-3, deixando de condenar a Embargante em honorários advocatícios, conforme o disposto na Súmula nº 168 do TRF.

A Apelante postulou, preliminarmente, pelo reconhecimento da prescrição sobre o débito em execução, em razão do prazo trienal estabelecido no art. 206, §3º, IV, do Código Civil, ou, quando menos, pelo reconhecimento do “*cerceamento de defesa perpetrado*”, com a anulação da sentença “*a fim de que possibilite a produção das provas periciais requeridas*”, destacando que “*a prova pericial médica é imprescindível pois confirmará se os beneficiários de planos de saúde, com direito a cobertura de seus contratos, foram efetivamente atendidos no local onde se alega que houve a prestação de serviços*” e verificará “*se houve a cobrança de serviços prestados a homônimos dos clientes da apelante, ou se a apelada ultrapassou os limites do art. 32 da Lei, impondo a cobrança sobre serviços que não têm cobertura pelos planos de saúde assinados com esses consumidores, quer em decorrência de inadimplência, carência, CPT e outros, quer com fulcro em expressa cláusula de exclusão contratual*”, ressaltando, igualmente, a necessidade da prova pericial contábil que “*servirá para revisar os valores em cobrança*”, afirmando que “*a cobrança pela TUNEP é inconstitucional, e que a cobrança só poderia se dar através da forma de ressarcimento, a que o Douto Perito Contábil poderá responder qual a diferença entre elas*”.

No mérito, sustentou que “*apesar de a apelada ter concedido prazo para a apelante impugnar todos os 502 AIHs, certo é que 30 dias úteis são insuficientes para a apuração de vultosa cobrança, que engloba procedimentos realizados em todo território nacional, impossibilitando que a apelante lograsse êxito em apurar cada um daqueles casos, resultando no fato de que apenas 178 AIHs foram devidamente impugnados, na ausência de tempo para levantar os demais casos adequadamente*”, ressaltando que “*desses 178 AIHs impugnados, 101 foram acolhidos e arquivados, porquanto reconhecidos como*



indevidos pela própria apelada”, havendo, a seu ver, “negligência na apuração e identificação dessas cobranças”, e prosseguiu afirmando que “a rotina criada pela apelada é um verdadeiro monstro burocrático que não se presta a oferecer segurança jurídica ao mercado”. Alegou que “como se viu, uma grande quantidade desses atendimentos foi excluída da cobrança após ter sido reconhecido pela própria apelada como indevidas”, destacando que “a cifra cobrada à apelante alcançava em 2006, o valor de R\$ 918.177,50 (novecentos e dezoito mil e cento e setenta e sete reais e cinquenta centavos); Após o trâmite do processo administrativo, esse valor foi reduzido para R\$ 730.705,54 (setecentos e trinta mil e setecentos e cinco reais e cinquenta e quatro centavos) em valores históricos”, concluindo tratar-se “de uma verdadeira aberração o grau de incerteza da cobrança perpetrada pela apelada, que demonstra, com fundada razão a justa oposição da apelante ao pagamento do crédito apontado como devido”, bem como que “a apelada não tem um processo seguro de apuração dos atendimentos de usuários de planos de saúde na rede SUS, transferindo ao mercado a prova negativa do atendimento a afastar o ressarcimento, sem que estes tenham os mesmos recursos”.

Aduziu que “ser irrazoável que o cliente que possui contrato de plano de saúde venha a recorrer ao SUS, tendo direito a ser atendido na rede particular colocada à sua disposição; ressurgem, portanto, a lógica de que, esse cliente, identificado como usuário da apelante está, por alguma razão, sem acesso ao plano”, afirmando que “dentre as cobranças de despesas ora inscritas em dívida ativa e que sustentam a execução em comento, há ainda clientes que estavam sem direito ao plano em decorrência de inadimplência, clientes em carência e outras situações análogas (...) se o cliente não goza de cobertura contratual, certo que ele tem o direito de ser atendido pelo SUS, sem que isso gere qualquer despesa a título de ressarcimento pela operadora. Por outro lado, não é razoável que a apelada cobre pela utilização de clientes que venham a ser atendidos pelo SUS quando fora dos limites geográficos de seu contrato”, concluindo ser “fundamental o exame de cada um desses casos através de prova pericial, a demonstrar o direito da apelante a não arcar com ressarcimento de despesas a que não está obrigada; são exemplos gritantes que demonstram o irrazoável da execução iniciada, flagrante a incerteza do débito, e o abuso na cobrança do ressarcimento previsto no art. 32 da Lei”.

Alegou, ainda que a “ausência de prova substancial do atendimento do cliente pela Rede SUS é uma inoportuna interferência da apelada que age a seu próprio arbítrio e entendimento, sem considerar as rotinas que existem na atividade, transferindo à Operadora o ônus de checar a veracidade das informações prestadas”, e, bem assim que “não há como concordar com a presunção de legalidade da cobrança, como quer a apelada e como entendeu a r. sentença recorrida”, pugnando, ao final, pelo provimento do recurso, com a reforma da sentença, para “reconhecer a prescrição sobre o débito em execução”, ou, quando menos, “que confirme o cerceamento de defesa perpetrado, e anule a sentença de piso a fim de que se possibilite a produção das provas periciais requeridas”, e, ainda, na “hipótese deste Egrégio Tribunal entender que o presente feito se encontra maduro para julgamento, requer a apelante a reforma da sentença para julgar procedentes os pedidos formulados na inicial, condenando a ora apelada no ônus da sucumbência”.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

Foram apresentadas contrarrazões em fls. 8026/8052, pugnando a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar pelo desprovimento da apelação, com a manutenção da sentença na integralidade.

A seguir, vieram os autos a esta Egrégia Corte, tendo sido encaminhados ao Ministério Público Federal (fls. 8061/8081), que opinou pelo desprovimento do recurso.

É o relatório. Peço dia para julgamento.

MARCELO PEREIRA DA SILVA
DESEMBARGADOR FEDERAL



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO

Apelação Cível - Turma Espec. III - Administrativo e Cível
Nº CNJ : 0100585-95.2017.4.02.5101 (2017.51.01.100585-1)
RELATOR : Desembargador Federal MARCELO PEREIRA DA SILVA
APELANTE : VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
ADVOGADO : RJ040474 - NIDIA REGINA DE LIMA AGUILAR FERNANDES E OUTRO
APELADO : AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS
PROCURADOR : PROCURADOR FEDERAL
ORIGEM : 08ª Vara Federal de Execução Fiscal do Rio de Janeiro
(01005859520174025101)

VOTO

De início, no tocante à preliminar de mérito suscitada, em que pese a Embargante sustentar a aplicação do prazo prescricional trienal previsto no art. 206, §3º, IV, do Código Civil, para a cobrança relativa ao ressarcimento ao SUS, com o consequente reconhecimento da prescrição e desconstituição do crédito objeto da execução fiscal nº nº 037470-42.2013.4.02.5101, é assente o entendimento no sentido de que a verba reivindicada a título de ressarcimento de valores pagos pelo SUS constitui cobrança de dívida da Fazenda Pública, a qual se submete ao disposto no Decreto nº 20.910/1932, que fixa o prazo prescricional quinquenal.

Neste sentido: “*Aplica-se às cobranças para ressarcimento ao SUS o prazo prescricional quinquenal, conforme dispõe o art. 1º do Decreto nº 20.910/32. Na hipótese, datando os atendimentos de 04/2007 a 06/2007 e o processo administrativo de cobrança de dezembro/2010, não há dívida prescrita. Precedente desta Turma*” (AC 2012.51.01.040521-5, Des. Fed. Nizete Antônia Lobato, 6ª T. Esp.); “*A exigência judicial pela ANS dos valores devidos ao SUS com base no artigo 32 da Lei n.º 9.656/98 sujeita-se ao prazo prescricional quinquenal do Decreto n.º 20.910/32, por ser este o diploma específico aplicável à prescrição das ações pessoais sem caráter punitivo que envolvam as pessoas jurídicas de direito público da Administração*” (AC 2013.51.01.006647-4, Des. Fed. MARCUS ABRAHAM, 5ª T. Esp).

Assevere-se, ainda, que a prescrição não corre durante a tramitação do processo administrativo, a teor do art. 4º do aludido diploma normativo, sendo este o entendimento do Colendo STJ, bem como o perfilhado por essa Corte, inclusive por esta 8ª Turma Especializada, conforme arestos a seguir transcritos, *in verbis*:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. ANS. RESSARCIMENTO AO SUS. CRÉDITO APURADO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO. PRESCRIÇÃO. DECRETO 20.910/1932. OCORRÊNCIA. 1. O crédito da ANS foi apurado em processo administrativo, o qual é necessário ao cálculo dos valores que deverão ser ressarcidos ao Sistema Único de Saúde. 2. O entendimento do STJ é no sentido de que a prescrição para a cobrança da dívida ativa de natureza não tributária é quinquenal, com base no Decreto 20.910/1932. 3. Enquanto pendente a conclusão do processo administrativo, não há falar em transcurso de prazo prescricional, nos termos do art. 4º do Decreto 20.910/1932 (“não corre a prescrição durante a



demora que, no estudo, ao reconhecimento ou no pagamento da dívida, considerada líquida, tiverem as repartições ou funcionários encarregados de estudar e apurá-la"). Com efeito, enquanto se analisa o quantum a ser ressarcido, não há, ainda, pretensão. 4. Só se pode falar em pretensão ao ressarcimento de valores após a notificação do devedor a respeito da decisão proferida no processo administrativo, uma vez que o montante do crédito a ser ressarcido só será passível de quantificação após a conclusão do respectivo processo administrativo. 5. Deste modo, como a parte ora agravada foi notificada da decisão do processo administrativo em 14.8.2006 (fl. 378, e-STJ) e a inscrição em dívida ativa somente foi efetivada em 9.1.2012 (fl. 379, e-STJ), constata-se a ocorrência da prescrição quinquenal no presente caso. 6. Agravo Regimental não provido. (STJ, 2ª Turma, AGRESP nº 201400471356, relator Ministro HERMAN BENJAMIN - DJe de 09.10.1014)

*ADMINISTRATIVO. RESSARCIMENTO AO SUS. PLANOS DE SAÚDE. PRESCRIÇÃO QUINQUENAL. PRECEDENTES DO STJ. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO A DISPOSITIVOS CONSTITUCIONAIS OU LEGAIS. 1 - Na hipótese de existência de contrato do consumidor com quaisquer planos de saúde, estes devem ressarcir os cofres públicos quando esses consumidores utilizarem os serviços vinculados ao SUS, nos termos do art. 32 da Lei 9.656/1998. 2 - O ressarcimento previsto na lei não viola o disposto no art. 199 da Constituição Federal. Não se nega que as empresas privadas de plano de saúde participam de forma complementar do SUS, mas no momento que é firmado o contrato com o consumidor, a empresa privada tem o dever de indenizar o Poder Público pelos custos dos serviços não prestados pela operadora privada. A finalidade da lei é impedir o enriquecimento ilícito. 3 - O prazo prescricional é quinquenal, observando-se a regra geral do prazo de prescrição administrativa, prevista no Dec. 20.910/32. Precedentes do STJ. 4 - Não ocorre o prazo prescricional durante a tramitação do processo administrativo, conforme previsto no art. 4º do Decreto nº 20.910/32. 5 - "A aprovação da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP (estabelecendo os valores a serem pagos) é resultado de um processo participativo, discutida no âmbito do Conselho de Saúde Complementar, de que participam os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento, os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do Sistema Único (Resolução CONSU nº 23/1999), restando desarrazoada, dessa forma, a alegação de que a tabela contém valores completamente irreais" (TRF-1ª REGIÃO - AC 2002.35.00.013742-3/GO, DJ de 20/08/2007). 6 - *Apelação a que se nega provimento.*" (AC 201251010073632, Des. Fed. MARIA HELENA CISNE, Oitava Turma Especializada, E-DJF2R 14.4.2014)*

APELAÇÃO. REMESSA NECESSÁRIA. CIVIL.PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. RESSARCIMENTO AO SUS. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. ÔNUS DA PROVA. PROVIMENTO. 1. O cerne da controvérsia cinge-se em determinar se houve ou não a ocorrência da prescrição do direito de ação para cobrança de valores atinentes a ressarcimento ao SUS pela ANS,



aplicando-se o prazo de três anos previsto no Código Civil Brasileiro. 2. A legislação é silente sobre o prazo para que tal valor seja apurado em sede administrativa, motivo pelo qual observa-se a regra geral do prazo de prescrição administrativa, qual seja, o prazo de cinco anos, aplicando-se analogicamente a previsão do art. 1º da Lei nº 9.873/99. 3. Ainda que se entenda pela inaplicabilidade da referida norma, seria caso de aplicação da regra prevista no art. 1º do Dec. 20.910/32, uma vez que os valores cobrados pelo SUS na hipótese sob análise não se confundem com indenização civil, afastando-se, por conseguinte, as regras de direito civil [AC - Apelação Cível - 533096; TRF5; QUARTA TURMA; Relatora Desembargadora Federal Margarida Cantarelli; publicado em 02/02/2012]. 4. Os processos administrativos que geraram a cobrança referem-se aos períodos de 10/2006 a 12/2006 e 01/2007 a 03/2007, respectivamente, não havendo, portanto que se falar em prescrição da pretensão da apelante, uma vez que o prazo quinquenal, a contar do surgimento do interesse da Administração na restituição em questão, não foi atingido. 5. A autora, ao impugnar os valores cobrados a título de ressarcimento ao SUS, limita-se a trazer argumentos genéricos, não se desincumbindo de seu ônus processual (art. 333, I, do CPC). 6. Apelação e remessa necessária providas. (APELREEX 201151010089507, Desembargador Federal GUILHERME CALMON NOGUEIRA DA GAMA, TRF2 - SEXTA TURMA ESPECIALIZADA, E-DJF2R - Data::02.05.2013.) (grifamos)

Com efeito, nas hipóteses em que há procedimento administrativo discutindo o débito oriundo de dívida não tributária, somente tem início a fluência do lustro prescricional a partir da decisão final administrativa, na medida em que, anteriormente a esse termo, o crédito tributário não era exigível, ante a ausência de constituição definitiva. Assim, somente após o término do processo administrativo nº 33902.100687/2010-58 começou a fluir o prazo prescricional, sendo certo que as respectivas GRU's que ensejaram a inscrição em dívida ativa apresentavam vencimento em 15.06.2011, 15.07.2011 e 21.11.2012, respectivamente, tendo o débito sido inscrito em dívida ativa em 18.09.2013 (fls. 7927) e a execução fiscal ajuizada em 12.12.2013 (fls. 67), pelo que afastada a prescrição na hipótese.

Por seu turno, cumpre afastar o alegado cerceamento de defesa, em razão do indeferimento da prova pericial médica e contábil requerida pela Embargante, haja vista a natureza eminentemente objetiva das questões impugnadas, cabendo à interessada comprovar eventual inobservância dos termos contratuais, nos moldes do sustentado, acostando aos autos o substrato probatório correspondente, notadamente os contratos celebrados e respectivos termos de adesão dos beneficiários, além das AIH's e documentos conexos, o que, aliás, não ocorreu na hipótese em apreço, em que a Embargante se limitou a juntar aos autos cópia integral do processo administrativo nº 33902.100687/2010-58, contando, como ressaltado nas razões de apelo, com 35 volumes.

A propósito, como já consignado por essa Relatoria em hipóteses análogas à presente, a prestação jurisdicional a cargo do Poder Judiciário não envolve concentrar atividades no



trabalho hercúleo de, através de desnorteada atividade investigativa acerca das provas aleatoriamente reunidas pelo Autor, buscar dar sentido às suas argumentações. A causa de pedir assim construída, baseada em vagas e desconexas informações, é imprestável.

Nesse passo, não há como dissentir do Magistrado de Primeiro Grau quando destaca, na decisão que indeferiu a realização das perícias, que *“em que pese a tentativa da embargante em transferir o ônus da prova de suas alegações ao embargado, evidente que apenas a ela cabe a comprovação de que os referidos atendimentos não existiram ou não se enquadravam nos casos passíveis de ressarcimento ao SUS, a desconstituir os créditos em cobrança”*, enfatizando que a *“prova necessária ao deslinde da questão é eminentemente documental, cabendo ao embargante a sua apresentação, e comprovação do não enquadramento ao ressarcimento”*.

Ademais, como bem pontuou o D. Parquet Federal em seu judicioso parecer, *“a apelante limitou-se a anexar a cópia do processo administrativo que ensejou a execução fiscal, não trazendo fatos novos à lide, cabendo a ela o ônus da comprovação do alegado”*, ressaltando que *“conforme dispõem os artigos 370 e 371 do Código de Processo Civil, o Juiz é, precipuamente, o destinatário da prova e a ele cabe analisar a necessidade de sua produção ou não. Portanto, em juízo de conveniência e oportunidade, cabe somente ao julgador avaliar a necessidade de determinada prova para a formação de sua convicção”*.

Some-se a isso que, conquanto a recorrente alegue a necessidade da prova pericial contábil que *“servirá para revisar os valores em cobrança”*, afirmando ser abusiva *“a adoção de tabela diferente da que é praticada para pagamento e custeio do SUS”*, concluindo que *“a cobrança pela TUNEP é inconstitucional, e que a cobrança só poderia se dar através da forma de ressarcimento, a que o Douto Perito Contábil poderá responder qual a diferença entre elas”*, tal não se sustenta eis que a aplicação, ou não, da Tabela Única Nacional de Equivalência – TUNEP, criada pela Resolução RDC 17, é questão estritamente de direito, cuja apreciação baseia-se na análise dos dispositivos legais, que, aliás, encontram-se concordes com o princípio da legalidade, visto que cabe à ANS regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, consoante o disposto no § 7º, do art. 32, da Lei nº 9.656/1998.

Na hipótese, a ANS estabeleceu as condições para o ressarcimento, bem como os valores que devem ser observados, respeitando-se a norma insculpida no § 8º do referido dispositivo, que determina que os valores a serem ressarcidos não devem ser inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de saúde.

Tais valores podem variar de acordo com as operadoras, porém, na tentativa de tornar o procedimento o mais uniforme possível, foram desenvolvidas discussões no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar com a participação de diversos interessados. Desse modo, os valores da TUNEP incluem todas as ações necessárias para o pronto atendimento e recuperação do paciente, ou seja, a internação, os medicamentos, os honorários médicos, entre outras, diferentemente dos valores apresentados pelas operadoras, que incluem somente o procedimento *stricto sensu*.



O mesmo se diga em relação ao Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, constante da Resolução Normativa n.º 251/2011, que alterou o artigo 4º da RN/ANS n.º 185/2008, haja vista que a alteração do método de cálculo constitui ato de competência da ANS, sendo certo que tanto os valores da TUNEP como aqueles indicados na Resolução Normativa n.º 251/2011 (com utilização do índice de valoração do ressarcimento - IVR) são valores que abarcam, para cada um dos procedimentos, internação, medicamentos, honorários médicos, e todas as ações necessárias para atendimento e recuperação do paciente. Com efeito, como sinteticamente pontuou o D. Desembargador Guilherme Calmon Nogueira da Gama, o IVR “foi criado com finalidade de descomplicar o cálculo do valor a ser ressarcido, ante a consideração de que o custo do atendimento pelo SUS envolve mais do que o próprio atendimento, tendo em vista as diversas formas de financiamento da saúde que vão além do pagamento dos procedimentos. Ademais, as metodologias foram regularmente implementadas pela ANS, em atenção ao seu poder regulador, na forma dos §§ 1º e 8º do art. 32 da Lei n.º 9.656/1998” (TRF 2ª Região. Sexta Turma Esp. AC 0183076-67.2014.4.02.5101. E-DJF2R 29.06.2016).

Corroborando o acima exposto, confirmam-se as ementas a seguir transcritas, colhidas dentre várias de igual teor:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. RESSARCIMENTO AO SUS. CONSTITUCIONALIDADE DO ART. 32 DA LEI Nº 9.656/98. EXPEDIÇÃO DE RESOLUÇÕES. ATENDIMENTOS PRESTADOS FORA DA REDE CREDENCIADA E FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA. PERÍODO DE CARÊNCIA. TUNEP. 1. Recurso de Apelação interposto contra sentença que julgou improcedente o pedido de declaração de nulidade das Resoluções RDC nos. 17 e 18, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e as Resoluções RE nos. 01 a 06, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que regulamentam o artigo 32 da Lei nº 9.656/1998. 2. Quanto à constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, o Supremo Tribunal Federal, em decisão colegiada, assentou o posicionamento no sentido de não haver violação aos artigos 195, §4º; 196; 150, §7º, da Constituição da República, sendo a norma contida no art. 32, da Lei nº 9.656/98, constitucional. (STF, Plenário, ADIN 1.931, Rel. Min. Maurício Corrêa, DJU 21.8.2003). 3. Esta Corte, ao julgar a Arguição de Inconstitucionalidade nº 2001.5101.023006-5, em sessão plenária realizada aos 19 de dezembro de 2008, aprovou, por unanimidade, o Enunciado nº 51 da Súmula do TRF/2ª Região, decidindo pela constitucionalidade do art. 32 da Lei nº 9.656/1998. Por derradeiro, cabe ressaltar que, em julgado realizado em 7.2.2018, o Plenário do STF ratificou o posicionamento quanto à constitucionalidade do ressarcimento ao SUS (Informativo nº 890) (STF, Plenário, RE 597064/RJ, Rel. Min. GILMAR MENDES, DJE 14.2.2018). (...) 7. A expedição de Resoluções pela ANS é mero corolário do poder regulamentar que lhe é inerente, e que se encontra consubstanciado nos artigos 3º e 174 da Constituição da República e positivado nas Leis nº 9.656/98 e 9.961/2000. Precedentes: TRF2, 6ª Turma Especializada, AC 0000689-



55.2012.4.02.5101, Rel. Des. Fed. GUILHERME CALMON NOGUEIRA DA GAMA, E-DJF2R 29.6.2016. Nesses casos, os detalhes técnicos a regular um determinado setor econômico serão deferidos a agências reguladoras especializadas, as quais, mediante delegação expressa conferida por lei em sentido formal, editarão Resoluções técnicas para regulamentar a questão. Inexiste violação à legalidade na edição das resoluções pela Autarquia. 8. Não há violação aos princípios do contraditório e da ampla defesa, eis que o regulamento da ANS autorizado por lei estabeleceu procedimento administrativo de impugnação da cobrança, possibilitando a defesa, de forma efetiva, às operadoras (TRF2, 5ª Turma Especializada, AC 0012350-65.2011.4.02.5101, Rel. Des. Fed. MARCUS ABRAHAM, E-DJF2R 14.10.2015) (...). 11. Quanto aos valores cobrados pela ANS, com base no IVR (Resolução nº 251/2011) ou na TUNEP (Resoluções nº 17/2000 e nº 131/2006), a jurisprudência vem, reiteradamente, entendendo pela sua legalidade, porquanto foram estabelecidos com a participação de representantes das operadoras de planos de saúde, tomando por base a média nacional e incluídas todas as ações necessárias ao atendimento e à recuperação do paciente. (TRF2, 5ª Turma Especializada, AC 00235353220134025101, Rel. Des. Fed. 2 ALUISIO GONÇALVES DE CASTRO MENDES, e-DJF2R 26.1.2016; TRF2, 5ª Turma Especializada, AC 201251050007518, Rel. Des. Fed. MARCUS ABRAHAM, E-DJF2R 14.10.2014). 12. Apelação não provida. (TRF2, AC 0007619-94.2009.4.02.5101, Desembargador Federal RICARDO PERLINGEIRO, QUINTA TURMA ESPECIALIZADA, E-DJF2R 16.04.2018)

PROCESSUAL CIVIL. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. RESSARCIMENTO AO SUS. ART. 32 DA LEI Nº 9.656/98. VERBETE Nº 51 DA SÚMULA DESTA CORTE. HIPÓTESES QUE EXCLUEM O RESSARCIMENTO NÃO IDENTIFICADAS. 1. A questão posta no presente feito refere-se à legalidade do ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/98, e à razoabilidade dos valores cobrados sob tal rubrica (...) 11. Legalidade dos valores cobrados pela ANS, com base no IVR (Resolução nº 251/2011) ou na TUNEP (Resoluções nº 17/2000 e nº 131/2006), porquanto foram estabelecidos com a participação de representantes das operadoras de planos de saúde, tomando por base a média nacional e incluídas todas as ações necessárias ao atendimento e à recuperação do paciente. 12. A condenação em honorários advocatícios, no percentual de 10% (dez por cento) do valor da causa, obedeceu o disposto no artigo 20, § 4º, do CPC/73, vigente à época da sentença, sendo adequada e não merecendo reparo. 13. Apelo conhecido e desprovido. (TRF2 AC 0000523-52.2014.4.02.5101, Desembargador Federal JOSÉ ANTONIO NEIVA SÉTIMA TURMA ESPECIALIZADA, E-DJF2R 15.05.2017)

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. PRESCRIÇÃO AFASTADA. RESSARCIMENTO AO SUS. CONSTITUCIONALIDADE. COBRANÇAS DEVIDAS. 1. Não se deve aplicar o disposto no art. 37, § 5º, CF, que prevê a imprescritibilidade da ação de ressarcimento, tendo em vista que a mencionada regra se refere aos casos de ressarcimento de prejuízos causados ao erário por ato



*ilícito, que não é o observado na presente hipótese. Apesar de não ser o caso de imprescritibilidade, vale dizer que a Lei nº 9.656/1998 não definiu qualquer prazo para o procedimento previsto em seu art. 32, sendo inaplicável o prazo trienal previsto no Código Civil. Desse modo, é preciso observar a regra prevista no art. 1º do Decreto 20.910/32. 2. O Supremo Tribunal Federal, ao julgar a MCADIN n.º 1.931/DF, afastou a relevância da arguição de inconstitucionalidade do art. 32 e parágrafos da Lei n.º 9.659/98, prevalecendo, portanto, na jurisprudência, o entendimento de que o ressarcimento ao SUS tem natureza de restituição, embasado no princípio que veda o enriquecimento sem causa. 3. Com relação aos valores fixados através da TUNEP, encontram-se estes em consonância com o art. 32, § 8º, da Lei 9.656/1998, que dispõe que tais valores não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, nem superiores aos praticados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, devendo o vocábulo "praticados" ser interpretado de forma genérica, e não restrita, considerando os valores utilizados por todas as operadoras, que estão submetidas, em obediência ao princípio da isonomia, à mesma tabela. 4. O Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) é legal, pois foi desenvolvido no regular exercício do poder regulador do mercado de saúde suplementar titularizado pela ANS. 5. (...) 11. *Apelação provida.* (TRF2, AC 0003955-79.2014.4.02.5101, Juíza Federal Convocada Edna Carvalho Kleemann, SÉTIMA TURMA ESPECIALIZADA, E-DJF2R: 14.08.2015)*

RESSARCIMENTO AO SUS. CONSTITUCIONALIDADE DO ART. 32 DA LEI Nº 9.656/98. SÚMULA Nº 51 DESTE TRIBUNAL. TUNEP. VALORES ADEQUADOS. DEVIDO PROCESSO LEGAL. OBSERVÂNCIA. QUESTÕES DE ORDEM CONTRATUAL. ALEGAÇÃO SUPERFICIAL E GENÉRICA. LEGALIDADE DA COBRANÇA. O ressarcimento ao SUS é devido dentro dos limites de cobertura contratual, e sua imposição é prevista em lei amoldada à Carta Maior. Tema objeto da Súmula nº 51 deste Tribunal, a cujo entendimento as Turmas estão vinculadas, por força da Súmula Vinculante nº 10 do Supremo Tribunal Federal. Os valores constantes na TUNEP, exigidos pela ANS, não são abusivos, abarcando, para cada um dos procedimentos, internação, medicamentos, honorários médicos, e todas as ações necessárias para atendimento e recuperação do paciente. Violação ao devido processo legal que não ficou demonstrada, diante da existência de procedimento administrativo para impugnação dos valores exigidos, com prazos razoáveis. A aplicação da Lei nº 9.656/98 não se vincula à data em que foi contratado o plano de saúde, e sim ao atendimento realizado pelo SUS em prol do beneficiário. Qualquer alegação de que certa cobrança é indevida, com base nas teses de que o correlato contrato não abrange a respectiva cobertura, apenas pode ser examinada quando o caso está devidamente descrito e discriminado na inicial. Não é a hipótese dos autos, no qual as impugnações são genéricas, e a documentação trazida à baila não comprova a ilegalidade da cobrança. Pleito centrado em alegações genéricas contra a cobrança e os atos administrativos da agência. Apelo desprovido. (TRF2, AC 201251010088660, Desembargador Federal GUILHERME COUTO, SEXTA TURMA ESPECIALIZADA, E-DJF2R: 18.07.2014.)
(grifos nossos)



Importa registrar que inexistiu qualquer controvérsia a ser dirimida quanto ao dever de ressarcimento ao SUS, inscrito no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, tendo a questão restado sedimentada por este Egrégio Tribunal, em 04 de dezembro de 2008, quando o Plenário desta Corte, na esteira do entendimento manifestado pelo Supremo Tribunal Federal nos autos da ADIn 1.931-9, declarou a constitucionalidade da referida norma nos autos nº 2004.51.01.023006-5, Rel. Des. Raldênio Bonifácio Costa, editando, após a publicação do acórdão, a Súmula nº 51, segundo a qual “*O art. 32, da Lei nº 9.656/98, que trata do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), é constitucional*” (DJ 14.01.2009, p. 25/26).

Outrossim, o tema 345 da repercussão geral foi recentemente apreciado pelo plenário do Supremo Tribunal Federal, quando do julgamento do RE 597.064/RJ, Relator Ministro Gilmar Mendes, publicado no DJE de 09.02.2018, ratificando o posicionamento acerca da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, fixando a tese de que “*É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4/6/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos*”.

Consigne-se, ainda, no tocante à afirmação de que o ressarcimento relativo a contratos firmados antes da vigência da Lei 9.656/1998 violaria o princípio da irretroatividade, deve-se observar o seguinte: uma coisa é a regulamentação do próprio contrato de prestação de serviços e outra, bem diversa, é a obrigação de ressarcimento do SUS. Para aquela regulamentação até se poderia defender sua irretroatividade sobre contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656/1998, como, aliás, foi o entendimento já manifestado pela Suprema Corte, em sede de ADIN. No entanto, em relação à obrigação de ressarcir o SUS, o mesmo não ocorre, já que não se trata de alteração do contrato, mas sim da criação de uma obrigação legal. Assim, não há que se cogitar, ao menos sob esse aspecto, da aplicação retroativa da Lei nº 9.656/1998, porque ela não retroage para interferir na relação contratual, mas tão-somente incide gerando o dever de a operadora ressarcir à União pelos atendimentos prestados após o seu advento, que é exatamente o que acontece na hipótese.

Não procede, também, a alegação da Apelante de que teria havido desrespeito aos princípios do contraditório e da ampla defesa, visto que a ANS disciplinou todo o procedimento para que fosse efetuado o ressarcimento ao SUS, viabilizando o acesso a informações – inclusive via internet – e prevendo prazos razoáveis para apresentação de impugnações e recursos, de modo que não é possível constatar violação alguma aos princípios constitucionais acima referidos.

Ademais, no caso em apreço, a própria Apelante reconhece que a ANS “*através do processo administrativo nº 33902.100687/2010-58, iniciou a cobrança advinda do art. 32 da Lei, apresentando 502 AIHs (Avisos de Internação Hospitalar), cujo valor total, na época, alcançava R\$ 918.177,50 (novecentos e dezoito mil e cento e setenta e sete reais e*



cinquenta centavos), dos quais, após a defesa administrativa apresentada pela apelante resultou nos 400 AIHS ora em cobrança” (fls. 7989), sendo imperioso afastar qualquer alegação de cerceamento na esfera administrativa, não encontrando guarida a alegação de “ausência de tempo para levantar os demais casos adequadamente”, o que não restou minimamente comprovado nos autos, não havendo, nesse passo, como dissentar do Juízo de Primeiro Grau quando destaca que “a embargante, no curso do processo administrativo, teve oportunidade de apresentar impugnação contra todas as identificações, mas só o fez em relação à parte delas, deixando de impugnar 324”.

A propósito, por elucidativo, cumpre transcrever trecho das contrarrazões pormenorizando o procedimento de cobrança relativo ao ressarcimento ao SUS, disciplinado pelas Resoluções - RE nº 3/2000, e RE nº 5/2000, e posteriormente pela Resolução-RE nº 6/2001, todas da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, e, ainda, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 18/2000, *verbis*:

“• Primeiramente, são identificados os beneficiários de planos de saúde atendidos pelo SUS. Esta identificação é resultado do cruzamento dos dados relativos aos atendimentos realizados pelo SUS com as informações cadastrais das operadoras de planos privados de assistência à saúde, constante do banco de dados da ANS. Melhor explicando: todas as operadoras têm o dever legal de enviar à ANS seu cadastro de beneficiários (art. 20 da Lei nº 9.656, de 1998), onde consta o nome e outras informações sobre os usuários. Estes dados são cruzados com as autorizações para internação hospitalar (AIH), que identificam o nome da pessoa atendida em uma instituição vinculada ao SUS. Do cruzamento destas informações é que nasce o aviso dos beneficiários identificados (ABI), ou seja, que foram atendidos pelo SUS.

• Identificados os beneficiários que foram atendidos no SUS, são disponibilizadas para as operadoras as seguintes informações: o código de identificação do beneficiário, descrição do procedimento a ser ressarcido, data do atendimento, nome da unidade prestadora do atendimento, município onde foi realizado e gestor responsável pelo processamento do ressarcimento. Desta forma, ficam as operadoras cientes de todos os detalhes referentes ao atendimento de seus beneficiários pelo SUS, para que, caso entendam indevida a cobrança, possam ser apresentadas as glosas ou impugnações. Estas informações, como veremos no próximo item, ficam à disposição das operadoras no site da ANS na Internet (www.ans.gov.br), podendo ser acessadas apenas a partir de uma senha exclusiva que a operadora recebeu da Agência.

• Caso a operadora entenda que existe alguma incorreção na identificação dos beneficiários e/ou no atendimento realizado, poderá apresentar impugnação, de caráter técnico ou administrativo, no prazo de trinta dias, junto à Gerência-Geral de Integração com o SUS- GGSUS/DIDES, acompanhada de comprovação documental.

• Na hipótese de impugnação com argumentação administrativa e técnica, será analisada, primeiramente, a administrativa. Em caso de impugnação meramente técnica, ou, ainda, quando, indeferida a argumentação administrativa, houver



argumentação técnica, será o processo encaminhado à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, do Ministério da Saúde, para manifestação.

- *Concluída a análise da impugnação, a ANS, mediante AR, dará ciência da decisão à operadora, acompanhada, se for o caso, de boleto de cobrança.*

- *Das decisões de primeira instância caberá recurso ao Diretor de Desenvolvimento.*

- *A decisão do Diretor de Desenvolvimento Setorial será proferida a partir de parecer consubstanciado de comitê técnico especialmente constituído para análise de recursos. A decisão será comunicada, mediante AR à operadora. Resta absolutamente imaculado, portanto, o Princípio do Due Process of Law, na medida em que amplamente garantidos o Contraditório e a Ampla Defesa.*

- *Após a apreciação definitiva dos recursos, ou no caso do prazo para os mesmos ter corrido in albis, a Agência, enfim, determina a emissão das guias de cobrança bancária com os valores definitivos.*

- *Neste momento, novamente são disponibilizadas na Internet para as operadoras todas as informações necessárias à identificação dos valores a serem cobrados, uma vez que é emitido um “extrato”, de onde constam:*

- a) o número da autorização de internação hospitalar (AIH);*

- b) o código do beneficiário atendido;*

- c) a competência da AIH;*

- d) o gestor responsável pelo mesmo;*

- e) o valor do atendimento;*

- f) a descrição do procedimento realizado.”*

Releva, ainda, destacar, a presunção de legitimidade e veracidade de que gozam os atos administrativos, recaindo sobre a interessada o ônus de comprovar eventual incorreção dos dados apresentados pela Administração; não guardando, de conseguinte, qualquer repercussão a afirmação da Apelante de que *“não está obrigada a aceitar os controles de gestão do Estado para aferir essas ocorrências, até porque são conhecidos pela ineficiência, sofrendo constantes ataques por fraude”* (fls. 7990).

Ademais, o artigo 32 da Lei nº. 9.656/1998, ao instituir o dever de ressarcimento ao SUS determinou de forma clara uma compensação pelos serviços de atendimento prestados, não fazendo qualquer distinção se a utilização do serviço público foi ou não opção do beneficiário, se foi em rede credenciada ou não, porquanto basta que o usuário do plano de saúde privado recorra ao sistema público, sendo que o dever de ressarcimento, como de há muito pacificado, tem por objetivo evitar o enriquecimento ilícito das operadoras de plano de saúde, que auferem renda justamente para prestarem serviço adequado aos seus beneficiários.

Tampouco importa se a realização de serviços ocorreu fora da área de abrangência dos contratos, eis que o local da realização é indiferente, permanecendo a obrigação de ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados, conforme entendimento adotado no âmbito do Tribunal Regional Federal da 2ª. Região. *“Note-se que a lei não faz qualquer ressalva no sentido de que o serviço prestado ao beneficiário do plano de saúde ocorra na área*



geográfica de abrangência da cobertura contratada com a operadora, de modo que o atendimento efetuado por quaisquer unidades hospitalares integrantes do SUS, situadas em território nacional, gera a obrigação legal do ressarcimento” (AC 201151010181400, Sexta Turma Especializada, Rel. Juíza Federal Convocada Carmem Silva Lima de Arruda, Julgamento em 14.04.2014).

Noutro eito, no que tange à pretensão dirigida à desconstituição do crédito exequendo, defendida ao argumento da existência de irregularidades nos atendimentos médicos realizados, que não seriam cobertos pelo contrato, ou teriam sido prestados em favor de beneficiários em cumprimento de período de carência para os procedimentos realizados, ou, ainda, que estavam sem cobertura do plano em decorrência de inadimplência, nos termos do alegado, trata-se de pedido cuja análise requer o mínimo de esforço do causídico da parte Embargante em fornecer a documentação correspondente correlacionando-a às AIHs impugnadas, não bastando para tanto, como visto, juntar aos autos cópia integral do procedimento administrativo e da legislação pertinente, entre as quais às Resoluções Normativas editadas pela ANS, sem apontar efetivamente as irregularidades que afirma existentes, pugnando, para tal desiderato, pela produção de prova pericial, o que não se mostra suficiente para atender ao ônus de provar o fato constitutivo de seu direito nos termos do que dispõe o art. 373, I, NCPC (art. 333, I, do CPC/1973), cabendo à Embargante “a comprovação de existência dos supostos não atendimentos ou mesmo do incorreto enquadramento nos casos possíveis de ressarcimento ao SUS”, como bem pontuou o D. *Parquet* Federal, ou seja, apresentar substrato probatório suficiente a ilidir a conclusão da autoridade administrativa, o que não ocorreu.

Nessa perspectiva, em que pese a irresignação da recorrente, não merece reparos a sentença em apreço, razão pela qual adoto, também, como razões de decidir os bem lançados fundamentos constantes da sentença proferida pela MM^a. Juíza Federal Substituta da 8ª Vara de Execução Fiscal do Rio de Janeiro, Dra. Livia Maria de Mello Ferreira, parcialmente reproduzidos a seguir, *in verbis*:

“Trata-se de cobrança do ressarcimento ao SUS, pelas operadoras de planos ou seguradoras de saúde, previsto no art. 32 da Lei n.º 9.656/1998, pelo uso dos serviços de saúde pública.

A obrigação do ressarcimento, nos termos do mencionado dispositivo legal, decorre da prestação de serviços de atendimento à saúde em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, prestados aos consumidores e respectivos dependentes das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O ressarcimento permite que o SUS receba de volta os valores despendidos com internações de pessoas que deveriam ter sido atendidas na rede hospitalar privada em virtude de previsão contratual, mas foram atendidas pela rede pública de saúde. Assim, possui caráter restitutivo, não se revestindo de natureza tributária, não tendo por objeto a instituição de nova receita a ingressar nos cofres públicos.

Ressalta-se que a garantia de acesso universal à saúde pública não obsta o contratante de plano privado de ser atendido na rede pública de saúde, porém a



seguradora não pode se beneficiar cobrando por um serviço que não prestou através de sua rede particular credenciada, o que justifica a obrigação de ressarcir ao SUS.

Assim, à vista do caráter indenizatório da referida cobrança, a jurisprudência é uníssona no sentido de que é quinquenal o prazo de prescrição nas ações indenizatórias ajuizadas contra a Fazenda Pública, nos termos do art. 1º do Decreto 20.910/32. Portanto, não há que se falar em aplicação do prazo previsto no art. 206, § 3º, IV, do Código Civil.

O prazo quinquenal não flui enquanto não julgados definitivamente os recursos no âmbito administrativo, bem assim enquanto não notificado o recorrente acerca do respectivo resultado, uma vez que somente após a preclusão da faculdade de impugnar ou recorrer, ou do julgamento definitivo do recurso administrativo e da notificação acerca do seu resultado é que poderá ser efetuada a cobrança dos valores devidos.

In casu, somente após o término do Processo Administrativo nº 33902.100687/2010-58, no final do ano de 2012, começou a fluir o prazo prescricional. Tendo sido ajuizada a execução fiscal em 18/02/2014, forçoso reconhecer que não houve o transcurso do prazo de 5 anos.

Com relação ao alegado cerceamento de defesa, verifico que no Processo Administrativo nº 33902.100687/2010-58 foram apuradas 502 Avisos de Internação Hospitalar, com os respectivos códigos dos beneficiários, referentes às competências de 04/2006 a 06/2006, totalizando o valor de R\$ 918.177,50, a ser ressarcido ao SUS.

A operadora foi intimada do PA, em 2010, apresentando impugnação em relação a 178 identificações, sendo deferidas 100 impugnações e indeferidas 77, mantendo pendente de análise apenas uma. A ora embargante apresentou recurso contra 60 indeferimentos, sendo reconsiderada apenas uma identificação, mantendo as demais 59, sendo em consequência, retificado o valor da GRU e encaminhada para inscrição em dívida ativa 400 AIHs. (fl. 7915).

É certo, portanto, que a embargante, no curso do processo administrativo, teve oportunidade de apresentar impugnação contra todas as identificações, mas só o fez em relação à parte delas, deixando de impugnar 324.

Importa frisar que no presente feito, a embargante não apontou qualquer fato novo em relação às identificações em cobrança, se limitando a anexar a cópia de todo o Processo administrativo.

Assim, diante da farta documentação contida no processo administrativo e, considerando a análise feita sobre as referidas impugnações pela ANS (fls. 7309/7339), bem como seus resultados, não há que se falar em cerceamento de defesa.

Ademais, ressalto que a própria embargante, nos autos da Medida Cautelar Nº 0133816-55.2013.4.02.5101, que propôs em face da ANS, requereu a conversão integral do valor depositado judicialmente, em renda para quitação dos débitos que constituem a CDA 10541-47, objeto da execução em cobrança, conforme fls. 234/235 e 245/246, denotando a sua concordância com a dívida.

Todavia, tal conversão deixou de ser efetivada porque a ora embargada se



manifestou contra o referido pedido, aduzindo que a embargante não se enquadrava para ter os benefícios concedidos pela Lei nº 12.249/10, requerendo a transferência do depósito judicial para os autos da execução em apenso.

No mérito, é inquestionável a constitucionalidade do art. 32 da Lei 9656/98, que instituiu o ressarcimento ao SUS, haja vista que o Supremo Tribunal Federal assim já decidiu por ocasião do julgamento da ADI n. 1.931-MC.

Ficou assentado, também, em sede jurisprudencial, que a obrigação de ressarcimento não depende da data em que celebrado o contrato com a operadora de plano de saúde, mas sim da data do atendimento prestado pelo SUS ao beneficiário, que deve ser posterior à vigência da Lei n.º 9.656/98.

No caso, conforme se verifica através da cópia do processo administrativo acostada aos autos, o atendimento prestado é posterior à criação da Lei nº 9.656/98, razão pela qual não há que se falar em ofensa à irretroatividade da lei.

No que tange à alegação de que a embargada não comprovou que os clientes da Embargante usaram o Sistema Único de Saúde, resta evidente que cabe à embargante identificar os beneficiários e demonstrar qual deles efetivamente não utilizou o SUS, apontando eventual equívoco da agencia embargada, como feito no curso do processo administrativo.

Da mesma forma, quanto à afirmação de que os atendimentos foram realizados fora da rede credenciada ou dos limites geográficos dos planos, ou que não estavam cobertos pelo contrato ou foram prestados a beneficiários em período de carência contratual, melhor sorte não lhe assiste, uma vez que não comprovado que a situação não se enquadrava no caráter emergencial ou de urgência, hipóteses que tornam obrigatória a cobertura contratual, nos termos dos artigos 12, incisos V e VI, e 35-C da Lei nº 9.656/98.

Conforme já ressaltado, a embargante se limitou a fazer alegações genéricas, sem apontar um fato concreto relativo a algum segurado, que lhe desonerasse do ressarcimento.

É certo que o ato administrativo de formulação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é dotado de presunção de legalidade, competindo à embargante a produção de prova em contrário, o que não ocorreu no caso vertente.

Por fim, não há de ser acolhido, outrossim, o pedido de revisão dos valores em cobrança, que se basearam na tabela TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos).

A Tabela TUNEP foi implementada pela Agência Nacional de Saúde, com respaldo em seu poder regulador do mercado de saúde suplementar, previsto nos §§1º e 8º do artigo 32 da Lei n.º 9.656/98, não havendo qualquer ilegalidade, tendo em vista que esta foi elaborada com a participação de gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento, representantes das operadoras de planos de saúde e unidades prestadoras de serviço integrantes do Sistema Único de Saúde e considera todos os custos suportados pelo SUS no referido atendimento.

Assim, a tese de que o ressarcimento deveria ter por parâmetro a tabela do SUS, não deve prevalecer, já que esta não representa todos os custos operacionais do atendimento ao consumidor.

Vale citar, para tanto, recentes arestos jurisprudências que se seguem.



(...)

Destarte, diante da ausência de qualquer nulidade a ser conhecida na via judicial, é forçoso reconhecer a improcedência do pedido.

Do exposto, JULGO IMPROCEDENTE O PEDIDO nos termos do art. 487, I, do NCPC. Prossiga-se na execução.

Sem custas. Sem honorários em razão da súmula 168 do TFR.”

(grifos no original).

Por fim, cumpre ressaltar que “O Supremo Tribunal Federal tem salientado, em seu magistério jurisprudencial, a propósito da motivação “*per relationem*”, que inócorre ausência de fundamentação quando o ato decisório – o acórdão, inclusive – reporta-se, expressamente, a manifestações ou a peças processuais outras, mesmo as produzidas pelo Ministério Público, desde que, nestas, se achem expostos os motivos, de fato ou de direito, justificadores da decisão judicial proferida. Precedentes. Doutrina. O acórdão, ao fazer remissão aos fundamentos fático-jurídicos expostos no parecer do Ministério Público – e ao invocá-los como expressa razão de decidir –, ajusta-se, com plena fidelidade, à exigência jurídico-constitucional de motivação a que estão sujeitos os atos decisórios emanados do Poder Judiciário (CF, art. 93, IX)”. (ADI 416 AgR, Relator(a): Min. CELSO DE MELLO, Tribunal Pleno, julgado em 16/10/2014, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-215 DIVULG 31-10-2014 PUBLIC 03-11-2014).

Do exposto, **nego provimento** à apelação da Embargante/Apelante, mantendo a sentença na integralidade.

É como voto.

**MARCELO PEREIRA DA SILVA
DESEMBARGADOR FEDERAL**