

PARECER

**FIOSAÚDE - NOVO ESTATUTO -
REAJUSTES E CONTRIBUIÇÕES
EXTRAORDINÁRIAS - ASSEMBLEIA
GERAL - RESPONSABILIZAÇÃO
EQUIVALENTE - FALTA DE
ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA -
VOLATIVIDADE - INFLUÊNCIA
POLÍTICA E CONFLITO DE INTERESSES
- SUSTENTABILIDADE DA
OPERADORA**

=====

DA CONSULTA

Consulta-nos à ilustre Diretoria Colegiada da Caixa de Assistência Oswaldo Cruz - FIOSAÚDE sobre os aspectos jurídicos e regulatórios relativos à alteração estatutária que estabelecerá a necessidade de prévia consulta à assembleia geral sobre a definição de reajustes, taxas e contribuições extraordinárias para fins de reequilíbrio atuarial da Operadora.

A FIOSAÚDE pretende realizar reforma estatutária, tendo sido aberto canal de contribuição dos associados para apresentação de sugestões.

Por conta disso, questiona-nos:

- a) Há impedimento jurídico para ser outorgada à Assembleia Geral a competência para consultar e aprovar reajustes, taxas e contribuições extraordinárias?
- b) Quais os requisitos técnicos que devem ser observados em decisões desta natureza?
- c) Quais as possíveis consequências de decisões tomadas sem a observância de tais requisitos?
- d) É possível que o beneficiário participe de Assembleia Geral por procuração? Caso positivo, quais os requisitos?

É o relatório. Passamos a opinar.

DAS CONSIDERAÇÕES

NATUREZA JURÍDICA DA FIOSAÚDE

A FIOSAÚDE é uma operadora de planos de saúde na modalidade autogestão, isto é, uma entidade fechada sem fins lucrativos. Nos termos da RN 137 da ANS, quando não se está diante de uma autogestão que componha o departamento de recursos humanos (art. 2º, I), a operadora irá se constituir em pessoa jurídica que obedeça às características dessa modalidade, isto é, ser fechada, uma união de pessoas, não ter fins lucrativos, dentre outros aspectos.

Desse modo, dentre as pessoas jurídicas sem fins lucrativos previstas no Código Civil (art. 44), a única que se enquadra nesses moldes é a associação (art. 53 à 61 do CC), justamente a natureza jurídica da FIOSAÚDE para a legislação cível.

Inclusive, própria Receita Federal do Brasil no COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL da FIOSAÚDE a define como uma associação privada:

“[...] CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada [...]”
(Destacamos)

Portanto, evidente que a FIOSAÚDE é uma associação.

DA COMPETÊNCIA DA ANS E A REGULAÇÃO PRUDENCIAL

Antes de responder especificamente aos pontos questionados, é importante uma pequena digressão em relação ao ambiente regulatório em que a FIOSAÚDE está inserida.

Dentre as competências elencadas no art. 4º da Lei nº. 9.961/01, que trata da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pode-se mencionar:

“[...] VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde; [...]

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; [...]

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; [...]

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência; [...]

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.097-36, de 2001) (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.097-36, de 2001) (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

[...]”

(Destacamos)

E, no cumprimento destas competências, determina a Lei nº. 9.656/1998 que está subordinada às normas e à fiscalização da ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica (art. 1º, §1º).

Nessa linha, cabe à ANS monitorar constantemente as operadoras de planos e seguros de saúde e sua situação financeira, podendo promover as medidas necessárias caso observe irregularidade econômico-financeira, como a suspensão da comercialização dos planos (art. 9º, §4º da Lei nº. 9.656 de 1998).¹

Pois bem, e o que ocorre, então, se uma operadora não cumprir a regulação da ANS, principalmente em relação as garantias de equilíbrio econômico-financeiro?

Diz o art. 24 da Lei nº. 9.656/98 que, verificada na operadora a insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves capazes de colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar:

- i) a alienação da carteira;²
- ii) o regime de direção fiscal ou técnica;³

¹ A importância da higidez econômico-financeira da operadora é ainda bem explicada pelo Ministro do STF Marco Aurélio Mello: “O sistema de prestação de saúde suplementar, embora se fundamente no artigo 199 da Carta, está regulamentado na Lei nº. 9.656 /1998, de cunho federal, ainda em vigor. Segundo as regras previstas no marco legal do setor de saúde suplementar, a higidez financeira das operadoras de plano de saúde mostra-se fundamental. A razão é óbvia: como os contratos de seguro-saúde envolvem situações em que o indivíduo encontra-se fragilizado, porque convalescente, seria extremamente grave a impossibilidade de obter a cobertura médica previamente contratada por falta de recursos financeiros da operadora. Na vida cotidiana, normalmente, as pessoas contribuem por longos períodos até que façam uso do plano de saúde. Seria injusto que, após tal lapso, não pudessem gozar dos benefícios advindos dessa modalidade de seguro”. Cf. MELLO, Marco Aurélio. Saúde suplementar, segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Coord.). Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 12 e 13.

² Leonardo Vizeu Figueiredo define a alienação da carteira como a venda, de uma operadora para outra do conjunto de contratos que possui em vigor e do direito de prestar serviços aos beneficiários, mediante contraprestação pecuniária. A transferência da carteira pode ser voluntária ou obrigatória, quando há determinação da ANS. Nessa situação os contratos então permanecem inalterados, mudando somente a operadora contratada. Cf. FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. Curso de Direito de Saúde Suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 342.

³ Na direção técnica ou fiscal, tanto a Resolução Normativa nº. 522 quanto a 485 estabelecem que será designado um diretor pela ANS, o qual será responsável por fazer solicitações e requisições para sanear os problemas apresentados pela operadora. Caso, os problemas não sejam resolvidos, será promovido o cancelamento do registro e a liquidação extrajudicial.

iii) ou até mesmo a liquidação extrajudicial.⁴

Em algumas situações, é possível que a operadora, antes de sofrer quaisquer das medidas repressivas, proponha um Plano de Adequação Econômico-Financeira - PLAEF ou um Termo de Assunção de Obrigações Econômico-financeiras - TAOEF, previstos na Resolução ANS n.º. 523/2022, propondo prazo de até 48 meses para a recuperação de 40% dos itens em desconformidade na primeira metade do plano.⁵

Contudo, a ANS não é obrigada a acolher o pedido e tampouco decretar direção técnica ou fiscal antes de proceder à medida mais extrema, qual seja o cancelamento do registro de autorização de funcionamento, com a consequente alienação compulsória e a liquidação extrajudicial, conforme dispõe o art. 24 da Lei n.º. 9.656/1998.

E para se manter equilibrada, sob a ótica da ANS, não basta que a operadora de planos privados de assistência à saúde tenha “*dinheiro em caixa*” para pagar as despesas assistenciais. Uma operadora que não está submetida ao risco de intervenção pela ANS precisa manter:

- (i) Ativos garantidores vinculados e não bloqueados equivalentes as provisões técnicas (RN n. 521 e 574 da ANS);
- (ii) Capital Baseado em Riscos (CBR), uma regra de capital que define montante variável a ser observado pela operadora em função de fatores pré-determinados por modelo padrão estabelecido pela ANS (RN 569 da ANS);

⁴ A liquidação extrajudicial, por sua vez, é tratada na Resolução Normativa n.º. 522 e segundo Bruno Teixeira Marcelos é a fase por meio da qual o liquidante realiza a apuração dos ativos e passivos da operadora, e cancelará todos os contratos ainda vigentes relativos à prestadores e beneficiários. Caso não haja saldo suficiente para a quitação de todas as dívidas, o liquidante ainda requererá a ANS autorização para o requerimento de falência da operadora. A liquidação possui uma série de efeitos, tais como o cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório de operadora. Cf. MARCELOS, Bruno Teixeira. Os limites legais para a indisponibilidade de bens dos sócios e administradores de operadoras de planos de saúde. Disponível em: https://iess.org.br/cms/rep/2direitobruno_uaialtar.pdf. Acesso em: 20. dez. 2017.

⁵ MENDONÇA, Daniela. *Procedimentos de adequação econômica-financeira PAEF*. Disponível em: <http://br.milliman.com/uploadedFiles/insight/healthcare/milliman-advice/Milliman-PAEF.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

(iii) Capital Regulatório (CR), um limite mínimo de Patrimônio Líquido Ajustado que a operadora deve observar, a qualquer tempo, em função das regras de capital (RN 569 da ANS).

Todas essas exigências fazem parte da lógica da ANS em pautar a saúde suplementar em uma regulação prudencial, ao abrigo de um modelo inspirado na regulação securitária. Segundo Cesar Serra, Diretor-Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, a regulação prudencial – *que é a regulação feita pela ANS* – possui por escopo a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do ente regulado (no caso as operadoras) como forma de garantir a continuidade e a qualidade do serviço contratado pelo beneficiário.

A lógica funciona mais ou menos da seguinte forma: na visão da ANS, se não existem as reservas exigidas, então isto significa que não há recursos livres para pagar as despesas assistenciais, pois a operadora teria sido “ludibriada” com a falsa sensação do chamado ciclo invertido. Em outras palavras, ainda que tenha recursos para pagar as suas despesas, se a operadora não tiver condições de colocar em superávit o fluxo de caixa, receitas e despesas, bem como o aporte de capital imediato, será necessário tomar as medidas previstas na legislação, tais como a liquidação extrajudicial.

É importante desde o início pontuar a visão da ANS para demonstrar a importância das decisões financeiras em uma operadora, principalmente uma que não possui finalidade lucrativa e destinada a um grupo fechado, como ocorre com uma autogestão. Tomada uma decisão leiga, equivocada e superficial sobre as contribuições financeiras, a operadora será submetida a um desequilíbrio capaz de provocar a sua intervenção e encerramento, obrigando os beneficiários a buscar operadoras de mercado.

DA RESPONSABILIDADE DOS ADMINISTRADORES

Outro ponto importante é sobre a responsabilidade dos administradores de uma operadora de planos privados de assistência à saúde. Uma vez inserida em uma situação de desequilíbrio econômico-financeiro insanável, quem responderá pelas dívidas remanescentes, além da pessoa jurídica, são os administradores, que terão responsabilidade solidária e ilimitada conforme previsto no art. 24-A da Lei n. 9.656/98:

“[...] Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, **FICARÃO COM TODOS OS SEUS BENS INDISPONÍVEIS**, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e **atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.** (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1o, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1o, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4o Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5o A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público,

anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde **RESPONDEM SOLIDARIAMENTE** pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão **ATÉ O MONTANTE DOS PREJUÍZOS CAUSADOS**, independentemente do nexo de causalidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”
(Grifamos e destacamos)

Em outras palavras, na mesma medida em que as decisões financeiras são fundamentais em um ambiente regulatório complexo e composto por uma série de exigências, a responsabilidade dos administradores também é elevada. Caso a operadora encerre as suas atividades por intervenção ou impossibilidade financeira, os administradores ficarão com todos os seus bens indisponíveis até a apuração final das responsabilidades, ou seja, o administrador responderá diretamente com o seu patrimônio pelas dívidas da operadora.

A indisponibilidade é uma medida cautelar que impede a venda do(s) bem(ns). Desse modo, até que a responsabilidade seja apurada, não é possível alienar, transferir, ou seja, mudar a titularidade. Na prática, além de perderem os seus bens, os administradores ainda correm o risco de deterioração de seu patrimônio ao longo de anos pela impossibilidade completa de atualização.

Nos termos do art. 2º da RN 520 de 2022 da ANS “*são considerados administradores as pessoas naturais, residentes no País, eleitas, nomeadas ou designadas para os cargos de diretor, administrador ou conselheiro do Conselho de Administração, ou órgão assemelhado, independentemente da nomenclatura e do tipo societário da qual faça parte*”. Esses administradores assinam, inclusive, um Termo de Responsabilidade (art. 8º).

Dentre os órgãos que compõem a FIOSAÚDE, o Conselho Deliberativo é composto por membros indicados pela Patrocinadora Fundadora, da Patrocinadora Especial e da Assembleia Geral. Nos termos do art. 30, atua como órgão de deliberação e orientação superior da FIOSAÚDE,

sendo de sua competência o estabelecimento de políticas e diretrizes fundamentais e normas gerais de administração.

A Diretoria Colegiada, por sua vez, é órgão de administração geral da FIOSAÚDE, cabendo-lhe executar diretrizes e normas baixadas pelo Conselho Deliberativo (art. 40).

Os componentes destes órgãos são os considerados pela ANS como administradores que, ao assinar o Termo de Responsabilidade, assumem a condição de administrador da operadora respondendo por seus atos na forma como dispõe o art. 26 da Lei 9.656/1998, a saber:

“Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.”

(Destacamos)

O Estatuto da FIOSAÚDE também atribui responsabilidade financeira aos membros do Conselho Deliberativo e da Diretoria Colegiada:

“[...] Art. 42 - Os membros da Diretoria Colegiada serão responsáveis no exercício de suas funções pelos prejuízos que causarem à FIOSAÚDE, decorrentes, de ato ou omissão no cumprimento de suas atribuições estatutárias.”

Se os membros da Diretoria e do Conselho Deliberativo são responsabilizados diretamente pelos prejuízos da Operadora, não é à toa que cabe aos membros do Conselho Deliberativo a fixação dos reajustes, das taxas e das contribuições extraordinárias propostas pela Diretoria Colegiada (art. 35, X, do Estatuto).

Ora, é apenas lógico que aquele que será responsabilizado pelos débitos da operadora tenha o poder de decisão sobre as contribuições e

reajustes capazes de manter o seu equilíbrio econômico-financeiro (art. 16, §3º do Estatuto). Essa é a lógica do Estatuto atual da FIOSAÚDE. Nessa linha, os membros do CD avaliam e aprovam os planos, balanços e demonstrações de resultado, assim como aprovam a indicação dos membros da Diretoria Colegiada, que irão executar as suas diretrizes (art. 35, incisos IV, V, X, e 41 do Estatuto).

Já a responsabilidade dos associados (beneficiários) funciona de modo distinto. Os beneficiários possuem responsabilidade limitada às contribuições mensais ou as deliberações tomadas em assembleias gerais, sendo que nesse último caso a responsabilidade é compartilhada com os administradores:

“Art. 11 - Os beneficiários não respondem direta ou subsidiariamente pelas obrigações da FIOSAÚDE salvo naquelas em que forem co-obrigados em face de deliberações tomadas em assembleias-gerais. [...]

[...] Art. 16 - A contribuição mensal dos beneficiários será calculada com base nos parâmetros definidos pelo Conselho Deliberativo:
[...] §2º A responsabilidade do beneficiário junto à FIOSAÚDE limita-se às contribuições previstas neste artigo, acrescidas das coparticipações previstas no Regulamento dos Planos de Assistência à Saúde. [...]”

Vale destacar que o modelo de submissão de aportes financeiros a ser aprovado por assembleia exclusiva de beneficiários não é adotado por nenhuma autogestão patrocinada.

E, finalmente, que não se diga que há falta de representação nos Órgãos de Governança, pois tanto no Conselho Deliberativo (art. 31) quanto no Conselho Fiscal (art. 37) há representantes da Assembleia Geral, servidores ativos e aposentados. Os membros do Conselho Deliberativo, conforme já dito acima, aprovam a indicação para a Diretoria Colegiada.

DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Os arts. 4º e da Resolução Normativa ANS 518/2022, que trata sobre práticas mínimas de governança corporativa, estabelece o seguinte:

“[...] Art. 4º As práticas e estruturas de governança adotadas pelas operadoras devem considerar os seguintes princípios: [...]

III - prestação de contas: tomada de responsabilidade dos administradores e das demais pessoas envolvidas nos diversos níveis da operadora diante de suas decisões, de modo claro, conciso, compreensível e tempestivo, **assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões** e atuando com diligência e responsabilidade no âmbito dos seus papéis; e

IV - responsabilidade corporativa: ação da operadora condizente com seu papel na sociedade, incluindo a manutenção da sua viabilidade econômico-financeira no curto, médio e longo prazo.

[...]

Art. 7º As descrições dos controles internos devem ser acessíveis a todos os funcionários das operadoras e compreender ações contínuas relativas a suas atividades, operações e níveis hierárquicos, prevendo, no mínimo:

I - definição dos objetivos dos controles e das responsabilidades na operadora, **de forma a evitar conflito de interesses nos processos internos; [...]**”

(Destacamos)

Muitos aspectos relacionados aos reajustes, taxas e contribuições extraordinárias envolvem elementos técnicos, como variações nos custos médicos, inflação na área da saúde e cálculos atuariais. **Delegar a decisão exclusivamente para a assembleia geral pode resultar em decisões inadequadas ou insuficientemente fundamentadas, pois os participantes podem não ter o conhecimento técnico necessário para avaliar corretamente essas complexidades.**

Ao ser atribuída competência para deliberar sobre reajustes, taxas e contribuições ao Conselho Deliberativo, a decisão ficará a cargo de pessoas que, caso não obtenham êxito em sua gestão, serão direta e solidariamente responsáveis no futuro.

DO CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses entre o Conselho Deliberativo e sua competência decisória, posto que é de interesse e atribuição desse colegiado a sobrevivência e continuidade da FIOSAÚDE, sob pena de responsabilização pessoal de cada membro, da mesma forma que ocorre com os membros da Diretoria Colegiada.

A situação não é a mesma em relação aos associados (beneficiários) ou até para a assembleia geral. Como são responsáveis somente por responder por suas contribuições pessoais, eventual decisão sobre reajustes, taxas e o custeio de cada plano coletivo levará em conta apenas interesses individuais e imediatos, posto que havendo o encerramento das atividades da FIOSAÚDE é possível obter a portabilidade para outra operadora sem prejuízos financeiros diretos.

É dizer: não há nada no Estatuto atual ou na proposta de reforma **que obrigue ao membro da assembleia geral a tomar uma decisão cautelosa** e que avalie os diversos aspectos regulatórios em que a FIOSAÚDE está envolvida **sob pena de responsabilidade pessoal.**

Não se pode deixar de registrar que a assembleia geral poderá ser influenciada por questões políticas internas e conflitos de interesse. Isso pode comprometer a capacidade da operadora de tomar decisões objetivas e racionais com risco de prejuízos financeiros e operacionais.

Atribuir competência à assembleia geral sobre reajustes, taxas e contribuições financeiras resultaria, além do conflito de interesses em relação às necessidades da FIOSAÚDE, ao risco grave de encerramento das atividades com o desamparo de beneficiários, notadamente aos idosos. Não apenas isso, poderá haver a responsabilização dos administradores por atos que não foram praticados por eles diretamente, causando uma situação injusta.

É de se questionar, ainda, qual o embasamento técnico para a tomada de decisões financeiras finais no âmbito da assembleia geral? Como consabido a assembleia é composta por um grande número de pessoas, cada uma com a sua própria motivação, mas poucas, naturalmente, com

qualificação técnica e experiência suficiente para a tomada de decisões financeiras de grande impacto.

Decisões baseadas em fatores emocionais ou políticos podem prejudicar a estabilidade financeira ou a própria sobrevivência da FIOSAÚDE.

DA COMPETÊNCIA PARA APROVAÇÃO DE REAJUSTES, TAXAS E CONTRIBUIÇÕES EXTRAORDINÁRIAS

Muito embora a operadora tenha condições de atribuir as competências que deseja aos seus órgãos internos por meio do estatuto (arts. 53 à 61 do CC), há impedimentos técnicos e regulatórios que, a nosso juízo, impediriam que questões relacionadas ao equilíbrio econômico-financeiro da Operadora, seja por complexidade técnica, seja por essencialidade, venham a ser submetidas a uma decisão final pela assembleia geral.

REPRESENTAÇÃO POR PROCURAÇÃO

Sobre a possibilidade de representação do beneficiário na Assembleia por procuração (art. 115 do CC), ela até é admitida, mas é fundamental que a procuração tenha firma reconhecida (art. 654, §2º do CC). Na hipótese de o instrumento de mandato conter firma reconhecida em outra cidade, deverá ser exigido o reconhecimento de assinatura por sinal público por um dos cartórios da cidade do Rio Janeiro para que seja certificado se que a assinatura do oficial no documento é verdadeira. Tais exigências são essenciais diante da importância da Assembleia Geral.

DA CONCLUSÃO

Posto isto, respondemos:

a) Há impedimento jurídico para ser outorgada à assembleia geral a competência para consultar e aprovar reajustes, taxas e contribuições extraordinárias?

Diante da complexidade da regulação da saúde suplementar e das disposições da Resolução Normativa ANS 518/2022, não é cabível a atribuição

de competência sem a devida responsabilidade direta, sob pena de possível conflito de interesses.

Além disso, observamos o risco claro de atecnia nas decisões, inadimplência e atraso.

b) Quais os requisitos técnicos que devem ser observados em decisões desta natureza?

A saúde suplementar está inserida em um contexto complexo que exige uma série de recursos para além do simples pagamento de contas. Por isso, qualquer decisão sobre recursos financeiros deve considerar a necessidade da operadora manter ativos garantidores, capital baseado em riscos e capital regulatório. Além disso, decisões com grande impacto financeiro, como ocorre com os reajustes, taxas e contribuições extraordinárias devem ser acompanhadas de uma visão holística de mercado, custos de insumos, rede credenciada, serviços, dentre uma série de outros fatores que exigem formação especializada.

c) Quais as possíveis consequências de decisões tomadas sem a observância de tais requisitos?

Decisões voltadas apenas para a redução dos valores das mensalidades e das contribuições extraordinárias serão lesivas à sustentabilidade da Operadora, em especial por ser uma autogestão. De se lembrar que, mesmo que beneficiários possam obter a portabilidade para outros planos em caso de encerramento das atividades, tratamentos conduzidos pela Policlínica poderão ser prejudicados, assim como casos mais complexos como, por exemplo, a internação. Logo, a sustentabilidade econômico-financeira é essencial para a manutenção da assistência à saúde.

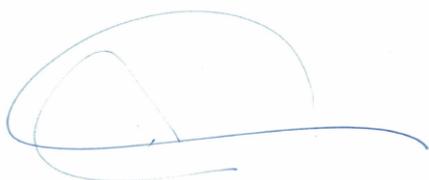
d) É possível que o beneficiário participe de Assembleia Geral por procuração? Caso positivo, quais os requisitos?

Sobre a possibilidade de representação do beneficiário na Assembleia por procuração (art. 115 do CC), ela até é admitida, mas é fundamental que a procuração tenha firma reconhecida (art. 654, §2º do CC). Na hipótese de o instrumento de mandato conter firma reconhecida em outra cidade, deverá

ser exigido o reconhecimento de assinatura por sinal público por um dos cartórios da cidade do Rio Janeiro para que seja certificado se que a assinatura do oficial no documento é verdadeira. Tais exigências são essenciais diante da importância da Assembleia Geral.

É o parecer!

Brasília, 22 de agosto de 2023.



LUIZ FERNANDO MOREIRA
Consultor jurídico
Especialista em Direito Médico
e da Saúde



LUIZ FERNANDO PICORELLI
Assessor técnico
Mestre em Direito pela PUC/SP