



Sumário

Apresentação

- **NOTÍCIAS**

- 1) [Liminar suspende restrições a veículos de aplicativos em São Paulo.](#)
- 2) [Especial planos de saúde: quem paga a conta da saúde privada?](#)
- 3) [Planos de saúde: Processos contra as empresas batem recorde em SP.](#)
- 4) [Homologado acordo sobre planos econômicos em processos sob relatoria do ministro Gilmar Mendes.](#)
- 5) [STF decide que regulamentação dos planos de saúde não atinge contratos celebrados antes da Lei 9.656/1998.](#)
- 6) [Novo recurso sobre dano moral por falhas na prestação de serviços de telefonia fixa é afetado como repetitivo.](#)
- 7) [Defensoria quer barrar aumento da passagem de ônibus em Jacareí. Uma ação tramita da Justiça pedindo que a prefeitura contrate um estudo para saber quanto a passagem deve custar, já que o valor é definido somente com os dados fornecidos pela JTU.](#)
- 8) [Segunda Seção aprova súmulas sobre CDC e contratos bancários.](#)

- **JURISPRUDÊNCIA**

[Tribunais Superiores](#)

- 1) CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. EXCEÇÃO DE INCOMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO E CONTRADIÇÃO. NÃO OCORRÊNCIA. CLÁUSULA DE ELEIÇÃO DE FORO. DEMONSTRAÇÃO DE PREJUÍZO AO EXERCÍCIO DO DIREITO DE DEFESA. NECESSIDADE. REVISÃO DE FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ.

Tribunais Estaduais

- 1) RECURSO INOMINADO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. GOLPE. TERCEIRO FALSÁRIO. REALIZAÇÃO DE SUPOSTO DEPÓSITO DE QUANTIAS NA CONTA CORRENTE DO CONSUMIDOR. ENVELOPE VAZIO. EXTRATO DE CONTA QUE APONTA SALDO POSITIVO. TRANSFERÊNCIA DE QUANTIA A TERCEIRO MEDIANTE ERRO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 479 DO STJ. DEVER DE RESTITUIR RECONHECIDO.
- 2) APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. ÓBITO DE RECÉM-NASCIDO. RECUSA DE DESLOCAMENTO DO BEBÊ PARA OUTRO HOSPITAL. LEGITIMIDADE DA UNIMED E DO ESTADO DE SANTA CATARINA. ALEGADA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO EXTRAJUDICIAL. EXEGESE DO ART. 13, § ÚNICO, INCISO II, DA LEI N. 9.656/98. CANCELAMENTO INDEVIDO. DANOS MATERIAIS. DEVOLUÇÃO DO CHEQUE EM CAUÇÃO POR INSUFICIÊNCIA DE FUNDOS. INEXISTÊNCIA DO DEVER DE RESSARCIMENTO DOS VALORES. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. QUANTUM MANTIDO. CONECTIVOS LEGAIS. RECURSOS CONHECIDOS E DESPROVIDOS.
- 3) COBRANÇA - TELEFONIA MÓVEL - CONTRATO DE FRANQUIA - SISTEMA CORPORATIVO - LIMITAÇÃO - BLOQUEIO DAS CHAMADAS EFETUADAS - RESPONSABILIDADE DA OPERADORA - AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL - PACTO OBSCURO - INDUÇÃO A ERRO - EXISTÊNCIA DO SISTEMA - CONFIRMAÇÃO PELA OPERADORA - ADEQUAÇÃO DAS FATURAS - COBRANÇA INDEVIDA - DANO MORAL CARACTERIZADO.
- 4) AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS – TRANSPORTE DE PESSOAS – HIPÓTESE EM QUE A EMPRESA RÉ IMPÕS EMPECILHO AO EMBARQUE DE PASSAGEIRO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA PELA PLATAFORMA ELEVATÓRIA DE ÔNIBUS – FATO QUE EXPÕS O AUTOR A HUMILHAÇÃO E CONSTRANGIMENTO PERANTE OUTROS PASSAGEIROS, FERINDO SUA DIGNIDADE ENQUANTO PESSOA QUE NECESSITA DE CUIDADOS ESPECIAIS

– RESTRIÇÃO AO DIREITO DE IR E VIR QUE PERDUROU MESMO APÓS O AJUIZAMENTO DA AÇÃO – DANO MORAL CONFIGURADO – VALOR DA INDENIZAÇÃO – POSSIBILIDADE DE MAJORAÇÃO.

| Apresentação

Caros Defensores (as) Públicos (as) e Servidores (as):

Apresentamos a sexagésima edição do Informativo do Núcleo Especializado de Defesa do Consumidor, que vem sendo editado com periodicidade mensal.

Sugestões para a elaboração e aprimoramento desse Informativo podem ser encaminhadas para o endereço eletrônico nudecon@defensoria.sp.def.br.

Boa leitura!

▪ Notícias

1) Liminar suspende restrições a veículos de aplicativos em São Paulo

Veículo: Estadão

Data: 26/02/2018

A pedido da Defensoria, Justiça suspendeu exigência da Prefeitura de que veículos de app tivessem idade máxima de 5 anos e só pudessem circular se tivessem sido licenciados na capital. Prefeitura já havia flexibilizado idade e vai recorrer

Uma liminar da Justiça obtida pela Defensoria Pública suspendeu as novas regras definidas pela Prefeitura quanto à circulação de veículos ligados a aplicativos de transporte individual de passageiros. Medidas como a exigência de que o carro usado no aplicativo seja licenciado na capital e que tenha no máximo cinco anos de fabricação não estarão sujeitas à fiscalização até que o mérito da ação seja julgada. A Prefeitura vai recorrer da decisão.

Em janeiro, a Prefeitura havia posto em prática o que o Comitê Municipal de Uso do Viário (CMUV), da Secretaria de Mobilidade e Transportes, havia definido no ano passado: os motoristas terão de passar por um curso de qualificação e o veículo terá de ser inspecionado anualmente. As medidas que causaram mais polêmica diziam respeito a uma idade máxima dos veículos - inicialmente cinco anos, depois estendida para oito - e a necessidade de o emplacamento ter ocorrido na cidade de São Paulo.

Nota divulgada pela Defensoria nesta segunda-feira, 26, disse que a Justiça atendeu a um pedido realizado no âmbito de uma ação civil pública, em que é requerido o reconhecimento de inconstitucionalidade de parte da resolução 16/2017, que detalhou as mudanças.

O órgão destaca que o transporte individual privado, previsto na Lei de Mobilidade Urbana (Lei Federal 12.587/2012), é “importante alternativa à falta de opções de transporte público em regiões da cidade, especialmente as mais periféricas, onde reside a população de renda mais baixa”. “Segundo a ação, essas áreas são as mais afetadas pela resolução, já que nelas circulam mais veículos antigos, fabricados há mais de 5 anos”, declarou.

A ação foi formulada pelos defensores públicos Alvimar Virgílio de Almeida e Adriana Vinhas Bueno, do Núcleo Especializado de Defesa dos Consumidores. De acordo com dados apresentados na ação, apenas um aplicativo teria cerca de 5 milhões de usuários do serviço, 2 milhões diariamente na Capital e Região Metropolitana. “Com as novas restrições, estima-se que cerca de 40% dos 150 mil motoristas cadastrados no aplicativo sejam impedidos de trabalhar, afetando todos os dias 960 mil consumidores”, acrescentou a Defensoria.

O órgão entende que as restrições determinadas pela Prefeitura ofendem a Constituição, violando os princípios da livre iniciativa e os valores sociais do trabalho. Além disso, haveria uma inconstitucionalidade formal, sustenta a Defensoria, pois compete ao município legislar de forma suplementar à legislação federal, sendo que a “resolução não se limitou a regulamentar dispositivo da Lei de Mobilidade Urbana, mas a extrapola ao impedir o exercício do transporte remunerado individual de grande parte dos motoristas”.

Os defensores públicos argumentaram na ação que, ainda que se apontassem motivos de segurança para justificar a exigência de até cinco anos de fabricação, “o município adota prazos mais elásticos para regulamentar outros meios de transporte, como táxis e ônibus, respectivamente 10 e 15 anos de fabricação”. “Por sua vez, a exigência de apresentação de

registro do veículo exclusivamente na cidade de São Paulo é apontada como incompatível com a realidade metropolitana, formada por cerca de 40 municípios, boa parte conurbados, tornando inevitável o trânsito intermunicipal.”

Custos. O Estado não teve acesso à decisão. A Defensoria relatou que a liminar deferida pela juíza Ana Luiza Villa Nova, da 16.^a Vara da Fazenda Pública da Capital, ressaltou que as restrições impostas pela resolução têm potencial de inviabilizar o cumprimento por parte de motoristas que não têm condições financeiras de adquirir ou trocar o veículo acima da idade prevista, “sendo que estes motoristas atendem boa parte da população que pode pagar pelo transporte oferecido nestas condições e que naturalmente é de custo mais baixo em relação ao serviço prestado por motoristas que usam veículos mais novos ou mesmo mais sofisticados”.

A decisão aponta também que a resolução fere princípios constitucionais e que as “restrições como as ora impugnadas invariavelmente atingem vários motoristas, que, se não ficarem impedidos de exercer o trabalho, sofrerão considerável diminuição do desempenho laboral e remuneração auferida, o que traz como consequência sensível diminuição da oferta do meio de transporte de menor custo, de modo a atingir notadamente a população de menor poder aquisitivo”.

A liminar, segundo os defensores, suspende a aplicação dos dispositivos questionados e, conseqüentemente, a exigibilidade de penas, multas, apreensões e outras medidas eventualmente aplicadas com base em tais normas, sob pena de multa diária de R\$ 1 mil.

Em nota, a Secretaria de Transportes disse que ainda não foi notificada oficialmente. "Cabe ressaltar que a administração municipal cumpre decisões judiciais, mas recorrerá da liminar, em defesa da regulação do setor e da qualidade e segurança dos serviços oferecidos aos usuários na cidade", declarou. "A Prefeitura esclarece ainda que já é permitido o uso de carros com até oito anos de fabricação no transporte de passageiros por aplicativos."

Reação. As mudanças nas regras haviam sido recebidas com reclamações por parte das empresas e dos motoristas do setor. Com as reclamações, a Prefeitura de São Paulo havia feito algumas alterações para reduzir as exigências aos condutores de app. O curso obrigatório, que eles têm de fazer para obter a autorização de trabalho, agora poderá ser 100% a distância (antes, eram 12 horas a distância e quatro presenciais). Além disso, o prazo para a inspeção dos automóveis foi

ampliado para o dia 28 de fevereiro. No dia 30 de janeiro, o prefeito João Doria (PSDB) anunciou que a idade máxima dos veículos passaria a ser de oito anos.

A Secretaria Municipal de Mobilidade e Transporte respondeu a perguntas mais comuns sobre o tema ([Leia aqui](#) a versão completa)

1 - Quais regras foram criadas para transporte de passageiros por aplicativo?

As regras estão definidas na Resolução 16 do CMUV, de julho de 2017. Os motoristas de aplicativos devem ter: Curso de qualificação; Carteira Nacional de Habilitação (CNH) com autorização para exercer atividade remunerada; Certidão Estadual de Distribuição Criminal do Estado de São Paulo; Declaração de prestação de serviços no setor somente por operadoras credenciadas pela Prefeitura; Seguro que cubra acidentes de passageiros, além do DPVAT; Obtenção do Cadastro Municipal de Condutores (Conduapp).

Os veículos devem ter: Fabricação máxima de oito anos; Emplacamento na cidade de São Paulo; Inspeção veicular anual; Identificação visível e legível do aplicativo afixada; Obtenção do Certificado de Segurança do Veículo de Aplicativo (CSVAPP)

2- Sou motorista de aplicativo e o meu carro tem ano de fabricação de 2010. Tenho permissão para prestar o serviço por aplicativo?

Sim. Pela regra da Prefeitura, motoristas cadastrados podem ter carros fabricados nos anos de; 1 - 2010; 2 - 2011; 3 - 2012; 4 - 2013; 5 - 2014; 6 - 2015; 7 - 2016; 8 - 2017;

3 - Qual o motivo da mudança?

Garantir e ampliar a segurança dos passageiros que utilizam o serviço de transporte por aplicativo.

4 - Quando passam a valer as novas regras?

As regras já estão valendo desde 10 de janeiro de 2018. Nas primeiras duas semanas os motoristas serão apenas orientados. Depois começará fiscalização. Para o envio dos documentos da inspeção, o prazo é 28 de fevereiro de 2018.

5 - Como é o curso de qualificação?

O curso de qualificação é totalmente à distância (videoaulas, conteúdo por aplicativos, ou plataforma digital), com duração de 16 horas, e pode ser oferecido pelas operadoras. Conteúdo do curso: Segurança no transporte dos usuários em geral; Direção defensiva;

Respeito à circulação dos veículos de transporte coletivo; Atendimento a gestantes, idosos e pessoas com deficiência; Higiene do veículo; Equipamentos obrigatórios; Mecânica e elétrica automotiva básica; Primeiros socorros; Geolocalização.

6 - Onde é possível fazer o curso de qualificação?

Além das empresas de aplicativos, a resolução prevê que também é possível fazer o curso em um Centro de Formação de Condutores (CFC). Para isso, o motorista deverá apresentar o certificado de conclusão à empresa na qual está cadastrado. São considerados aptos a ministrar o curso de qualificação de condutores por aplicativos aqueles que já oferecem o CFC para taxistas. São 25 no total.

7- O motorista que ainda não realizou o curso pode atuar como condutor de aplicativos de transporte?

Sim, mas para isso precisa seguir uma série de normas. Os motoristas devem inscrever-se no curso de qualificação da categoria (seja em um CFC ou nas próprias operadoras) para que as operadoras solicitem à Prefeitura um Conduapp provisório – válido por 30 dias e não renovável. Com o Conduapp provisório, os condutores podem fazer as aulas e exercer sua atividade nos aplicativos credenciados. Ou seja, com o Conduapp provisório o motorista já poderá prestar o serviço, desde que o veículo possua o CSVAPP.

Acesso: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,liminar-suspende-restricoes-a-veiculos-de-aplicativos-em-sao-paulo,70002205254>

2) ESPECIAL PLANOS DE SAÚDE: QUEM PAGA A CONTA DA SAÚDE PRIVADA?

Veículo: Revista Consumidor Moderno

Data: 07/02/2018

A crise econômica exacerbou uma conhecida percepção do consumidor: os preços dos planos de saúde estão cada vez maiores, quase inexequíveis na medida em que ultrapassam – e muito – a inflação. Mas por que isso acontece?

Uma relação de consumo de um serviço normalmente é baseada em um contrato com direitos e deveres. Nele devem estar presentes de tudo um pouco, inclusive detalhes como eventuais reajustes de preço – algo normal para uma relação comercial de longo prazo. No entanto, nem sempre esse tipo de obviedade é uma máxima seguida à risca no Brasil. Muitas vezes, o consumidor é surpreendido com alguma novidade nem sempre agradável. Que o diga a relação dos clientes com os planos de saúde. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de 2016, a terceira queixa mais comum do consumidor contra os planos está relacionada justamente aos reajustes dos planos, normalmente muito acima da inflação medida pelo Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA) – e que, este ano, deve ficar em menos de 3%.

[Confira a edição online da revista Consumidor Moderno!](#)

A justificativa dos planos é de que o setor médico tem um indicador próprio chamado inflação médica. Trata-se de um cálculo que leva em consideração fatores como investimentos em inovação, o que é justo, mas também inclui gargalos do custo Brasil e outras despesas, como a alta nos preços de materiais e medicamentos. Junte tudo isso e qual foi o reajuste deste ano aprovado pela ANS? Nada menos do que 13,55%.

Embora as inflações do IPCA e médica sejam ideias totalmente distintas, o bolso do consumidor é um só. E a pergunta que fica é: quem consegue pagar uma conta que cresceu em um ritmo muito superior ao reajuste dos planos?

Reclamações

Segundo dados da ANS, o Brasil possui 47,6 milhões de pessoas com planos de saúde. No entanto, esse número já foi maior e chegou a 50,2 milhões em 2014. Ou seja, nos últimos anos, quase três milhões de pessoas abandonaram os seus planos privados. O preço, assim como o desemprego, foram fatores determinantes para essa decisão. De acordo com a agência, das 90.392 reclamações registradas em 2016, 3.534 estavam relacionadas ao aumento de preço do plano.

“Quando o consumidor reage e diz que paga valores extorsivos de reajustes, é uma verdade. Ele realmente paga valores extraordinários. Mas qual a causa disso? É culpa do custo da saúde, que é alto”, reconhece Solange Beatriz, presidente da Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaude).

O número de queixas do ano passado é baixo se comparado à quantidade de reclamações registradas há dois anos: um total de 103.896. No entanto, o ano de 2015 foi marcado pela quebra da Unimed Paulistana, que entrou com um pedido de falência, deixando sem cobertura os seus mais de 750.000 beneficiários. Em outras palavras, centenas de milhares de pessoas, que pagavam os seus planos, ficaram sem cobertura da noite para o dia.

Judiciário de portas abertas

Ao menos, o consumidor possui um ambiente amistoso para os seus pedidos dentro do Judiciário. De acordo com dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 103.896 processos foram submetidos à apreciação de um juiz em 2016. No entanto, não é apenas o reajuste do plano que vem causando dor de cabeça no consumidor. A recusa de procedimento médico é outro motivo – o principal deles, aliás, segundo o CNJ e a ANS.

E qual a chance de um pedido ser aceito por um juiz? Cerca de 92%, segundo um estudo da Faculdade de Medicina da USP e que levou em consideração a análise de mais de quatro mil processos que entraram no Tribunal de Justiça de São Paulo entre 2013 e 2014. Os dados do CNJ da judicialização da saúde usam como argumento o Código de Defesa do Consumidor (CDC) mas, diante de um juiz, um advogado mais hábil confere contornos mais dramáticos ao julgamento.

No fim, em muitos casos, o juiz é praticamente conduzido a decidir sobre a vida e morte de um beneficiário de um plano de saúde. Convenhamos que os juízes devem entender a lei e não os pormenores da medicina. No entanto, eles têm se esforçado para analisar com mais cautela o assunto. Não à toa, ele tem sido amplamente discutido, desde 2009, em uma série de encontros anuais da magistratura promovidos pelo CNJ. Esses debates, no entanto, reforçam a máxima de que o consumidor (quase) sempre tem razão.

Gastos

O problema da alta judicialização é que os planos pagam a conta e, conseqüentemente, a repassam ao consumidor. “Um levantamento feito por nós mostra que, juntos, empresas e o governo (por meio do Sistema Único de Saúde) poderão gastar R\$ 7 bilhões com o cumprimento de decisões judiciais até o final do ano”, alerta Alessandro Acayaba, presidente da ANAB. Solange Beatriz, da FenaSaude, destaca ainda que um quarto dos R\$ 135 bilhões das despesas com os beneficiários no ano passado foram usados para cobrir despesas com pedidos vindos do Judiciário.

No fim, os planos repassem essa conta para o próprio consumidor, mas de uma maneira indireta. A judicialização (assim como demais gastos) impactam a inflação médica – talvez um dos grandes mistérios do consumidor. Senão, responda rápido: quais os indicadores que justificam essa espécie de “inflação bem acima da inflação?”.

Não que isso seja uma exclusividade brasileira. Esse reajuste é praticado no mundo todo e também ajuda a financiar a inovação na saúde. No entanto, isso também é uma justificativa para pagar tanto os gargalos quanto a ineficiência da gestão não apenas dos planos, mas também de todo o sistema que envolve a saúde privada.

Ineficiência

Solange, Acayaba e outros especialistas no assunto não têm dúvidas sobre o maior de todos os gargalos do setor: o próprio modelo de remuneração do negócio imposto aos planos de saúde, conhecido como fee for service. Em linhas gerais, esse modelo prevê o pagamento por serviço, um mecanismo arriscado e que transfere a responsabilidade sobre o que será gasto com o beneficiário para além dos muros de uma operadora, ou seja, os hospitais e as clínicas. “O fee for service é um modelo falido e já em desuso mundo afora”, afirma Solange.

De acordo com a especialista, o fee for service é o ponto de partida para uma série de pedidos médicos, muitas vezes desnecessários e até mesmo fraudulentos. Nas contas do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), uma respeitada entidade que se dedica a estudar a saúde privada no País, empresas gastam R\$ 20 bilhões em pedidos dessa natureza por ano, sendo: R\$ 11 bilhões de contas hospitalares e R\$ 9 bilhões em exames.

O levantamento mostra ainda que 15% desses R\$ 20 bilhões corresponderiam a reembolsos de despesas indevidas. Outros 18%, a contas hospitalares com itens indevidos e, pasmem, até 40% com exames laboratoriais desnecessários.

Para piorar, planos de saúde ainda são alvos de organizações criminosas que incluem até mesmo médicos. Um dos casos mais recentes foi a investigação policial contra a chamada Máfia das Próteses e que teria causado um prejuízo de quase US\$ 100 milhões às empresas. Em linhas gerais, o esquema funcionava da seguinte maneira: médicos e hospitais recebiam comissões exorbitantes de fabricantes de dispositivos médicos para usar produtos de determinadas marcas nas cirurgias dos pacientes. A investigação começou em 2015 e ainda está em andamento.

Má gestão

Os números não deixam dúvidas que os planos de saúde sofrem com problemas relacionados à desvios de conduta. No entanto, dizer que as quadrilhas de jaleco branco seriam determinantes para os altos custos dos planos de saúde também é esconder os outros problemas da saúde privada. Hoje, a taxa de sinistralidade dos planos é de 85,6%. Ou seja, de tudo o que é recebido pelas empresas, sobra menos de 15%.

Esse indicador é preocupante, pois exibe uma margem de lucro média desse setor bem próxima do zero – ou seja, tudo o que entra vai para o consumidor. É claro que muitas empresas, como é o caso da Bradesco Seguros, possuem índices bem abaixo da média: de acordo com a companhia, o acumulado do ano seria de 75,1%. Mas imagine se uma empresa se aproxima dos 100%. Foi o que aconteceu com a Unimed Paulista, que teve dificuldades em pagar médicos, hospitais e clínicas.

Hospitais pecam no processo

Esse caso é um exemplo clássico de má gestão. Mas não é o único. Segundo Flavio Battaglia, diretor da consultoria Lean Institute Brasil e um conhecido especialista nesse assunto, essa é uma rotina de todo o setor. “Arrisco a dizer que a falta de processo nos hospitais é constante. Isso não é exceção. É a regra”, diz. O consultor se lembra de um caso aparentemente tolo, mas que exemplifica os sérios problemas de gestão dos recursos nos hospitais.

“O hospital queria reduzir o custo da sala cirúrgica. Esse procedimento envolve o uso de um novo enxoval com fronhas e outros itens ligados à sala. Só que isso estava solto em pilhas distintas e resultava no pagamento extra de roupas para lavar e até no desperdício de material. O que fizemos? Simples: montamos kits completos”, lembra. A medida representou uma economia de R\$ 600 mil – e alguns milhares de reais a menos para o plano de saúde.

Outro exemplo de má gestão nos hospitais é um conhecido gargalo do setor: a falta de leitos. Segundo Bataglia, o problema começa na alta médica, que é um processo todo artesanal e que depende de uma série de outras autorizações e que passam até pela área administrativa do hospital.

“Fizemos um estudo e verificamos que a alta médica é um processo que dura de 3 a 4 horas após a liberação do médico. Mas há casos em que isso se estende para até 8 horas. É um processo que poderia ter um coordenador, alguém que centralizasse essas ações. Infelizmente, você tem um pedaço na mão de uma cada uma dessas equipes”, diz.

É hora de mudar

O ideal é que tanto os planos de saúde quanto os hospitais fossem mais eficientes com o dinheiro que sai do bolso do consumidor. Se o modelo de fee for service é ruim, que ele seja substituído por outro mais eficiente. Nesse sentido, há quem defenda o pay for performance. Funciona mais ou menos assim: o hospital informa o custo médio dos seus pacientes no ano. Dessa forma, os médicos deveriam se virar com o valor já previamente estabelecido – que forçaria esses lugares a pensar em gestão.

“Há um excesso de pedidos de exames, muitos deles desnecessários. Na prática, esse é um modelo que paga conforme o uso. No fim, os serviços têm o maior peso para os planos e não os medicamentos”, afirma Pedro Bernardo, diretor de acesso da Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica), que é outro integrante do setor e responsável pelo fornecimento do medicamento.

E se em vez de mudar o modelo de remuneração, tivéssemos outros formatos de planos de saúde? Poderíamos ter pacotes mais adequados aos diferentes bolsos ou mesmo necessidades, inclusive um básico que contemplaria exames e consultas. Há uma discussão na Câmara dos Deputados

que tenta aprovar uma nova lei de planos de saúde e que, entre outras medidas, prevê a oferta desse tipo de pacote de saúde – o que agrada as operadoras.

Talvez esse seja um modelo de transição, onde, no futuro, o consumidor poderia contratar um plano de saúde com serviços que ele poderá usar. Evidentemente que a saúde trabalha com o imponderável, mas a evolução das tecnologias preditivas pode indicar um caminho na customização da saúde. Hoje, já existem médicos nos EUA que monitoram os seus pacientes em tempo real por meio de smartwatches.

Não baratos, mas justos

Os planos não precisam ser baratos, mas justos. É o que defende Renato Velloso Dias Cardoso, membro do conselho do Dr. Consulta. “Eu diria que nós somos uma empresa de gestão de saúde. Cuidamos do nosso paciente não de forma ‘episódica’. Ao olhar o histórico, podemos propor uma saúde para toda a vida. O valor não é barato, mas justo”, afirma.

Essas novas ideias e modelos de remuneração devem estar acompanhadas de uma gestão mais eficientes. É o caso do Hospital Sírio Libanês, que de tanto aprimorar os seus processos internos, criou um modelo de serviço de saúde já disponível no mercado. A ideia é colocar um clínico geral do hospital dentro das empresas que contratarem o serviço. Porém, como isso nem sempre é possível, o Sírio abriria consultórios nas proximidades das empresas para atender os colaboradores e seus familiares. Ao fazer esse acompanhamento “in loco”, o médico compreenderia as necessidades individuais do paciente e indicaria a necessidade de um exame ou até mesmo uma cirurgia.

“Os testes dentro do Sírio mostraram que o nosso modelo de gestão está se tornando cada vez mais eficiente. Ao todo, 45% do total de pedidos de cirurgias não se confirmaram. Eles foram substituídos por modelos não invasivos. É o que estamos oferecendo ao mercado. Mas se a pessoa necessitar de um tratamento mais complexo, ele terá o Sírio Libanês à disposição”, afirma Fábio Patrus, diretor de unidades externas de saúde corporativa do Hospital Sírio Libanês.

Consumidor precisa participar

No entanto, mais importante do que tudo isso (e que deveria ser o ponto de partida do negócio da saúde) é oferecer um serviço a partir do ponto de vista do consumidor. É o que afirma

Clemente Nóbrega, especialista em saúde e consultor em inovação. “Por várias razões, o usuário não participa do sistema de plano de saúde. Ele não foi montado a partir das necessidades dos consumidores. Mais do que modelos, essa é a diferença desses novos modelos: eles pensam o negócio a partir do cliente e esse é ponto de partida dessa discussão”.

Acesso: <http://www.consumidormoderno.com.br/2018/02/08/planos-saude-conta/>

3) Planos de saúde: Processos contra as empresas batem recorde em SP

JORNAL GLOBONEWS - EDIÇÃO DAS 10H/GLOBONEWS

Data Veiculação: 01/02/2018 às 11h04

Data Cadastro: 01/02/2018 às 11h15

Duração: 00:03:11

Para assistir a matéria [clique aqui](#)

4) Homologado acordo sobre planos econômicos em processos sob relatoria do ministro Gilmar Mendes

Veículo: Lex Editora

Data: Não divulgada

O ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal (STF), homologou, nesta segunda-feira (5), o acordo firmado entre a União e entidades representativas de bancos e de poupadores referente a diferenças de correção monetária de depósitos de cadernetas decorrentes dos valores bloqueados pelo Banco Central no Plano Collor I e por expurgos inflacionários do Plano Collor II. A decisão foi tomada nos Recursos Extraordinários (REs) 631363 e 632212.

De acordo com os autos, a Advocacia-Geral da União (AGU), entidades de representação dos poupadores como a Frente Brasileira pelos Poupadores (Febrapo) e o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), bem como a Confederação Nacional do Sistema Financeiro (Consif) e a Federação Brasileira dos Bancos (Febraban), pediram ao STF que homologasse os termos do acordo alcançado pelas partes. O documento, segundo as entidades, soluciona controvérsias relativas a diferenças de correção monetária em depósitos de poupança decorrentes da implementação de vários planos econômicos - Cruzado, Bresser, Verão, Collor I e Collor II.

Em pareceres juntados aos autos, tanto o Banco Central, órgão de supervisão do Sistema Financeiro Nacional, quanto a Procuradoria-Geral da República (PGR) se manifestaram pela homologação dos termos acordados.

Autocomposição

Em sua decisão, o ministro Gilmar Mendes lembrou que o ministro Dias Toffoli já homologou o acordo em questão nos processos sob sua relatoria (REs 591797 e 626307). Ressaltou a necessidade de que os provimentos judiciais sejam uniformes e que se privilegie a autocomposição dos conflitos sociais. Ao homologar o acordo nos dois processos sob sua relatoria, o ministro também determinou o sobrestamento do feito, por 24 meses, "de modo a possibilitar que os interessados, querendo, manifestem adesão à proposta nas respectivas ações, perante os juízos de origem competentes".

Fonte: Supremo Tribunal Federal

Acesso:

http://www.lex.com.br/noticia_27611421_HOMOLOGADO_ACORDO_SOBRE_PLANOS_ECONOMICOS_EM_PROCESSOS_SOB_RELATORIA_DO_MINISTRO_GILMAR_MENDES.aspx

5) STF decide que regulamentação dos planos de saúde não atinge contratos celebrados antes da Lei 9.656/1998

Veículo: Lex Editora

Data: Não divulgada

O Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) julgou parcialmente procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931, que questiona a Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde). Por unanimidade dos votos, a Corte considerou válida a maioria dos dispositivos, mas entendeu que os contratos celebrados antes da vigência da norma não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde.

Na sessão desta quarta-feira (7), o Tribunal confirmou liminar concedida em parte anteriormente pelo Plenário e acompanhou integralmente o voto do relator, ministro Marco Aurélio. A ação, proposta pela Confederação Nacional de Saúde - Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS),

questionava a constitucionalidade de vários dispositivos da lei, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e da medida provisória (MP) que a alterou.

Direito adquirido

O artigo 10, parágrafo 2º e o artigo 35-E da Lei 9.656/1998; e o artigo 2º da MP 2.177-44/2001 foram os únicos dispositivos declarados inconstitucionais. Eles preveem a incidência das novas regras relativas aos planos de saúde em contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei dos Planos de Saúde.

O ministro Marco Aurélio considerou que tais dispositivos criaram regras completamente distintas daquelas que foram objeto da contratação e, com isso, violaram o direito adquirido e o ato jurídico perfeito, estabelecidos no artigo 5º, inciso XXXVI, da Constituição Federal. Para ele, o legislador, com o intuito de potencializar a proteção do consumidor, "extrapolou as balizas da Carta Federal, pretendendo substituir-se à vontade dos contratantes".

O relator observou que a vida democrática pressupõe a segurança jurídica, que não autoriza o afastamento de ato jurídico perfeito mediante aplicação de lei nova. "É impróprio inserir nas relações contratuais avençadas em regime legal específico novas disposições, sequer previstas pelas partes quando da manifestação de vontade", concluiu o ministro.

Improcedência

Outros dispositivos foram analisados pelo Plenário do STF e julgados constitucionais. Entre eles, os artigos 10, 11 e 12 da Lei 9.656/1998, que estabelecem parâmetros para a atuação do particular no mercado de planos de saúde. De acordo com o ministro Marco Aurélio, o legislador interveio de forma necessária para assegurar a prestação idônea dos serviços à população. Ele afirmou que foram excluídos da cobertura, entre outros, medicamentos não nacionalizados, bem como tratamentos experimentais e aqueles com finalidade estética, evitando a imposição de ônus excessivo aos prestadores de serviços. Porém, foram incluídos aspectos básicos dos atendimentos ambulatorial, hospitalar, obstétrico e odontológico, sem os quais a prestação seria incompleta, onerando demasiadamente o consumidor.

O relator explicou que o artigo 197 da Constituição Federal autoriza a execução de ações de saúde por entidades privadas, mediante regulamentação, controle e fiscalização do Poder Público. E foi

para atender a este comando constitucional, segundo o ministro, que o legislador editou os dispositivos atacados, que passaram a estabelecer parâmetros objetivos para a prestação dos serviços, inexistentes no modelo anterior.

O ministro Marco Aurélio ressaltou que entendimento em sentido contrário afasta a coerência do sistema, que impõe a tutela estatal e o fornecimento de serviços privados de acordo com as finalidades da Constituição Federal. "A promoção da saúde pelo particular não exclui o dever do Estado, mas deve ser realizada dentro das balizas do interesse coletivo", afirmou.

Saúde dos idosos

A ADI foi julgada improcedente também em relação ao artigo 15, parágrafo único, da lei, que inviabiliza a variação da contraprestação pecuniária relativamente a consumidores com mais de 60 anos de idade. Para o ministro Marco Aurélio, a regra não é despropositada, ao contrário, protege princípios constitucionais que asseguram tratamento digno a parcela vulnerável da população. "O comando constitucional, inscrito no artigo 230, é linear e impõe a todos o dever de auxiliar os idosos", ressaltou.

Garantias

O Plenário considerou constitucional o artigo 19, parágrafo 5º, da Lei 9.656/1998. Os ministros entenderam que a norma está de acordo com o princípio da razoabilidade ao estabelecer que os consumidores não podem ser prejudicados, independentemente de impasses no registro administrativo das empresas de planos de saúde ou na adequação à disciplina normativa, dos contratos celebrados após 2 de janeiro de 1999. Segundo esse dispositivo, ficam garantidos aos usuários todos os benefícios de acesso e cobertura previstos na lei e em seus regulamentos.

Ressarcimento

Os ministros declararam ainda a constitucionalidade do artigo 32, caput e parágrafos, que prevê o ressarcimento, por planos de saúde, de despesas relativas a serviços de atendimento aos consumidores, previstos nos contratos prestados por entidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o relator, a regra não implica a criação de nova fonte de receitas para seguridade social, nos termos do artigo 195, parágrafo 4º, da Constituição Federal, mas sim desdobramento da relação contratual firmada em ambiente regulado.

O ministro destacou que o tratamento em hospital público não deve ser negado a nenhuma pessoa, considerada a universalidade do sistema. Porém, observou que, se o Poder Público atende a particular em virtude de situação incluída na cobertura contratual, deve o SUS ser ressarcido tal como faria o plano de saúde em se tratando de hospital privado. "A norma impede o enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação de modelo no qual o mercado de serviços de saúde submeta-se unicamente à lógica do lucro, ainda que às custas do erário", concluiu.

Repercussão geral

O Plenário julgou ainda na sessão de hoje o Recurso Extraordinário (RE) 597064, com repercussão geral reconhecida, no qual se fixou tese sobre o tema do ressarcimento dos procedimentos prestados pelo SUS. A Corte desproveu recurso interposto por uma operadora de plano de saúde (Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores) contra acórdão do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF-2) que julgou válida cobrança a título de ressarcimento do SUS por atendimentos prestados a beneficiários do plano.

A tese proposta pelo relator do RE, ministro Gilmar Mendes, e aprovada por unanimidade, reconhece a constitucionalidade da regra e afirma o direito das partes ao contraditório e à ampla defesa na esfera administrativa: "É constitucional o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei 9.656/1998, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 04/06/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa no âmbito administrativo em todos os marcos jurídicos".

O julgamento também rejeitou argumento trazido no recurso no qual se tentava determinar como referência de preços dos ressarcimentos a tabela do SUS para os procedimentos, e não a tabela fixada pela Agência Nacional de Saúde (ANS) na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP). Segundo o argumento adotado pelo Plenário, trata-se de tema infraconstitucional.

Processo relacionado: ADI 1931

Processo relacionado: RE 597064

Fonte: Supremo Tribunal Federal

Acesso:

http://www.lex.com.br/noticia_27611431_STF_DECIDE_QUE_REGULAMENTACAO_DOS_PLANO_S_DE_SAUDE_NAO_ATINGE_CONTRATOS_Celebrados_Antes_Da_Lei_9656_1998.aspx

6) Novo recurso sobre dano moral por falhas na prestação de serviços de telefonia fixa é afetado como repetitivo

Veículo: Lex Editora

Data: Não divulgada

A ministra do Superior Tribunal de Justiça (STJ) Assusete Magalhães determinou, mediante autorização prévia da Primeira Seção, a afetação do REsp 1.525.131 para julgamento sob o rito dos recursos repetitivos. Cadastrado sob o tema 954 em conjunto com o REsp 1.525.174 - afetado em dezembro de 2016 -, o recurso possibilitará a definição de tese sobre a existência de dano moral no caso da cobrança de valores referentes à alteração de planos de franquia ou de serviços nos contratos de telefonia fixa, quando as alterações não tenham sido solicitadas ou autorizadas pelo usuário.

Definida a existência do dano, a seção também analisará se deve ser adotado o reconhecimento presumido (in re ipsa) ou se é necessária a comprovação do prejuízo no processo.

Prazo de prescrição

No mesmo julgamento, outras teses importantes serão definidas, como o prazo de prescrição em caso de pretensão de cobrança dos valores supostamente pagos a mais ou daqueles indevidamente cobrados (se de dez anos, conforme artigo 205 do Código Civil, ou de três anos, consoante o artigo 206, ou outro prazo).

O colegiado também deve decidir se a repetição de indébito (direito à devolução de quantia paga indevidamente) deve ocorrer de forma simples ou em dobro. Caso seja em dobro, definirá se é necessária a comprovação da má-fé do credor ou da sua culpa.

Sobre o mesmo tema, a seção julgará a abrangência dos valores discutidos na repetição - se limitados aos pagamentos comprovados pelo autor na fase de instrução do processo (quando

ocorre, por exemplo, a coleta de provas) ou se possível a apuração da quantia na fase de liquidação da sentença.

Para julgamento de todas as teses, a Primeira Seção já havia determinado a suspensão de processos análogos em todo o território nacional. De acordo com o sistema de recursos repetitivos do STJ, pelo menos 43 mil ações semelhantes aos casos afetados aguardam a definição do tema.

Recursos repetitivos

O novo Código de Processo Civil (CPC/2015) regula no artigo 1.036 o julgamento por amostragem, mediante a seleção de recursos especiais que tenham controvérsias idênticas. Ao afetar um processo, ou seja, encaminhá-lo para julgamento sob o rito dos recursos repetitivos, os ministros facilitam a solução de demandas que se repetem nos tribunais brasileiros.

A possibilidade de aplicar o mesmo entendimento jurídico a diversos processos gera economia de tempo e segurança jurídica.

No site do STJ é possível acessar todos os temas afetados, bem como saber a abrangência das decisões de sobrestamento e as teses jurídicas firmadas nos julgamentos, entre outras informações.

Esta notícia refere-se ao(s) processo(s): REsp 1525131

Fonte: Superior Tribunal de Justiça

Acesso:

http://www.lex.com.br/noticia_27611447_NOVO_RECORSO_SOBRE_DANO_MORAL_POR_FALHAS_NA_PRESTACAO_DE_SERVICOS_DE_TELEFONIA_FIXA_E_AFETADO_COMO_REPETITIVO.aspx

7) Defensoria quer barrar aumento da passagem de ônibus em Jacareí. Uma ação tramita da Justiça pedindo que a prefeitura contrate um estudo para saber quanto a passagem deve custar, já que o valor é definido somente com os dados fornecidos pela JTU.

Veículo: G1

Data: 16/02/2018

A Defensoria Pública quer barrar o reajuste da tarifa de ônibus em Jacareí (SP) - a concessionária, Jacareí Transporte Urbano (JTU), pediu em janeiro que o valor passe de R\$ 4,10 para R\$ 5,13, aumento de 25,12%. O pedido da defensoria foi feito dentro de uma ação movida desde 2017, em que o órgão pede que a prefeitura contrate um estudo para saber quanto a passagem deve custar, já que o valor é definido somente com os dados fornecidos pela JTU.

O processo foi aberto em setembro do ano passado, pedindo a suspensão do reajuste dado em abril, quando a tarifa passou de R\$ 3,80 para R\$ 4,10, uma elevação de 7,8%. Na ocasião, o defensor Bruno Miragaia apontou diversas irregularidades no processo, como falta de divulgação do aumento, reajuste acima da inflação e ausência de fiscalização sobre os custos do serviço.

A ação segue na Justiça e ainda não foi julgada em definitivo. Em janeiro, a JTU pediu à prefeitura um novo reajuste da passagem. O governo ainda não analisou a proposta, portanto não está definido se haverá aumento e, caso ocorra, de quanto será o valor.

Mesmo assim, o defensor fez pedir que não seja dado reajuste. "O que a gente quer é que esse processo de reajuste seja suspenso até que se contrate estudo técnico que avalie o custo do serviço e dê maior segurança. Hoje, a JTU fornece uma planilha com todo o custo de óleo, pneu, diesel, funcionários e divide pelo número de passageiros. A prefeitura não faz auditoria desse número, por isso é muito inseguro", afirmou o defensor.

Outro lado

A Prefeitura de Jacareí informou, em nota, que o pedido de reajuste da JTU ainda está em análise e que os estudos existentes são suficientes "para demonstrar a correção dos custos que compõem o valor da tarifa".

A administração também ressaltou que fez uma consulta pública sobre o transporte, o que permitiu a participação da comunidade.

A JTU também foi procurada, mas não retornou os contatos.

Acesso:

<https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/defensoria-quer-barrar-aumento-da-passagem-de-onibus-em-jacarei.ghtml>

8) Segunda Seção aprova súmulas sobre CDC e contratos bancários

Veículo: Lex Editora

Data: Não especificada

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aprovou na última quinta-feira (22) duas novas súmulas.

O colegiado reúne os ministros das turmas especializadas em direito privado do STJ (Terceira e Quarta Turmas) e é o órgão responsável pela aprovação dos enunciados sumulares nesse ramo do direito. As súmulas são o resumo de entendimentos consolidados nos julgamentos e servem para a orientação da comunidade jurídica a respeito da jurisprudência do tribunal.

Confira os novos enunciados:

Súmula 602: O Código de Defesa do Consumidor é aplicável aos empreendimentos habitacionais promovidos pelas sociedades cooperativas.

Súmula 603: É vedado ao banco mutuante reter, em qualquer extensão, os salários, vencimentos e/ou proventos de correntista para adimplir o mútuo (comum) contraído, ainda que haja cláusula contratual autorizativa, excluído o empréstimo garantido por margem salarial consignável, com desconto em folha de pagamento, que possui regramento legal específico e admite a retenção de percentual.

Os enunciados serão publicados no Diário da Justiça Eletrônico, por três vezes, em datas próximas, nos termos do artigo 123 do Regimento Interno do STJ.

Fonte: Superior Tribunal de Justiça

Acesso:

http://www.lex.com.br/noticia_27618530_SEGUNDA_SECAO_APROVA_SUMULAS_SOBRE_CDC_E_CONTRATOS_BANCARIOS.aspx

▪ Jurisprudência

▪ Superior Tribunal de Justiça

1) Ementa: CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. EXCEÇÃO DE INCOMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO E CONTRADIÇÃO. NÃO OCORRÊNCIA. CLÁUSULA DE ELEIÇÃO DE FORO. DEMONSTRAÇÃO DE PREJUÍZO AO EXERCÍCIO DO DIREITO DE DEFESA. NECESSIDADE. REVISÃO DE FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ.

1. Exceção de incompetência da qual se extrai o presente recurso especial, interposto em 14/03/2014 e atribuído ao gabinete em 25/08/2016. Julgamento: CPC/73.

2. O propósito recursal é definir se é abusiva a cláusula de eleição de foro prevista em contrato de prestação de serviços ao consumidor.

3. Inexistentes os vícios do art. 535, do CPC/73, rejeitam-se os embargos de declaração.

4. A jurisprudência do STJ tem se orientado pela indispensável demonstração de prejuízo ao exercício do direito de defesa do consumidor para restar configurada a nulidade da cláusula de eleição de foro.

5. Esta posição intermerdiária protege a parte vulnerável e hipossuficiente e, ao mesmo tempo, permite o desenvolvimento equilibrado e harmônico da relação de consumo, sempre com vistas às concretas e particulares realidades que envolvem as pessoas do consumidor e do fornecedor.

6. Acaso comprovada a hipossuficiência do consumidor ou a dificuldade de acesso ao judiciário, o magistrado está autorizado a declarar a nulidade da cláusula de eleição e remeter o processo à comarca do domicílio do consumidor.

7. Na hipótese, primeiro e segundo grau de jurisdição foram uníssonos ao registrar que não há prejuízos à defesa do recorrente.

Rever essa conclusão em recurso especial encontra óbice na Súmula 7/STJ. Preserva-se, portanto, a validade da cláusula de eleição de foro.

8. Recurso especial conhecido e não provido.

(REsp 1707855/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/02/2018, DJe 23/02/2018)

▪ Tribunais Estaduais

1) Ementa: RECURSO INOMINADO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. GOLPE. TERCEIRO FALSÁRIO. REALIZAÇÃO DE SUPOSTO DEPÓSITO DE QUANTIAS NA CONTA CORRENTE DO CONSUMIDOR. ENVELOPE VAZIO. EXTRATO DE CONTA QUE APONTA SALDO POSITIVO. TRANSFERÊNCIA DE QUANTIA A TERCEIRO MEDIANTE ERRO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 479 DO STJ. DEVER DE RESTITUIR RECONHECIDO. 1. É dever da instituição financeira zelar pelas quantias disponíveis nas contas correntes de seus clientes, informando adequadamente os valores movimentados, sendo responsabilizada por eventuais falhas pelo serviço prestado. 2. A conduta do banco, de disponibilizar informação equivocada aos clientes, induzindo-os a acreditar que possuem quantia disponível para movimentação (fl. 19), quando o envelope de depósito colocado na máquina para conferência estava vazio, gera o dever de reparar pelos danos materiais ocasionados ao consumidor, em virtude da atitude perpetrada. Quantias transferidas para conta de terceiro, com vício de vontade, que devem ser ressarcidas ao consumidor. Neste sentido, já se decidiu: RECURSO INOMINADO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. GOLPE. TERCEIRO FALSÁRIO. REALIZAÇÃO DE SUPOSTO DEPÓSITO DE QUANTIAS NA CONTA CORRENTE DO CONSUMIDOR. ENVELOPE VAZIO. EXTRATO DE CONTA QUE APONTA SALDO POSITIVO. TRANSFERÊNCIA DE QUANTIA A TERCEIRO MEDIANTE ERRO. DEVER DE RESTITUIR RECONHECIDO. DANO MORAL AFASTADO. É dever da instituição financeira zelar pelas quantias disponíveis nas contas correntes de seus clientes, informando adequadamente os valores movimentados. A efetivação de depósito, mediante a utilização de terminais de autoatendimento é serviço fornecido pelo banco, como forma de facilitar o acesso aos clientes e terceiros, mas não afasta o dever da instituição financeira de ser responsabilizada por eventuais falhas pelo serviço prestado. Na hipótese, o autor acreditou ter sido efetuado por terceiro, depósito na sua conta corrente, no valor de R\$ 12.000,00(...), mediante a utilização de envelopes fornecidos no autoatendimento do banco, porquanto ao verificar o extrato, constatou saldo positivo para movimentação. No entanto, ao ser contatado pela parte depositante, foi informado de que a quantia estava equivocada, sendo-lhe solicitada a transferência de parte destes valores para conta de terceiro. E considerando que o autor ajustou com o terceiro, pagamento menor do que aquele depositado, em virtude do fornecimento de materiais e, ainda, que ao consultar o extrato bancário se deparou com saldo positivo, efetivamente maior do que aquele que esperava pelo pagamento do produto fornecido, efetuou a transferência do excedente para conta de terceiro, na mais estreita boa fé. A conduta do banco, de disponibilizar informação equivocada aos clientes, induzindo-os a acreditar que possuem quantia disponível para movimentação, quando o envelope colocado na máquina para conferência estava vazio, gera o dever de reparar pelos danos materiais

ocasionados ao consumidor, em virtude da atitude perpetrada. Quantias transferidas para conta de terceiro, que devem ser ressarcidas ao consumidor. Dano moral não configurado, na hipótese. Dever de indenizar afastado. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. UNÂNIME. (Recurso Cível Nº 71005756226, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Elaine Maria Canto da Fonseca, Julgado em 18/05/2016) RECURSO INOMINADO. PEDIDO INDENIZATÓRIO. DANOS MATERIAIS. FRAUDE BANCÁRIA. GOLPE DO FALSO DEPÓSITO EM QUANTIA SUPERIOR. PEDIDO DE RESTITUIÇÃO DE VALORES. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA. INFORMAÇÃO INADEQUADA QUE VIABILIZA O GOLPE PERPETRADO POR TERCEIROS. CORRENTISTA INDUZIDO A ERRO. DEVER DO BANCO DE INDENIZAR OS DANOS MATERIAIS. DANO MORAL INOCORRENTE. SENTENÇA MANTIDA. Recorre a requerida para reforma da sentença que lhe condenou a restituir o valor de R\$ 11.056,90 referente aos prejuízos suportados pela correntista após fraude praticada por golpista. Em suas razões recursais, sustenta a responsabilidade do cliente pelo prejuízo, vez que não teria aguardado a conferência dos depósitos pelo banco. A instituição bancária responde objetivamente pelos danos gerados por fraudes e delitos praticados por terceiros no âmbito das operações bancárias. Incidência da Súmula 479 do STJ. Restou demonstrado que a demandante, correntista da requerida, foi vítima do golpe do golpe do depósito de valor superior. Caso em que o cliente foi induzido a erro, acreditando ter recebido quantia maior do que o ajustado previamente pelo fraudador, e transfere ao golpista parte do saldo existente na conta corrente, quando na verdade, jamais houve crédito algum em sua conta, ou o valor depositado pelo golpista, de fato, era inferior ao informado no envelope. Conforme extrato da fl. 12, entre os dias 7 e 10 de outubro de 2014 foram lançadas as operações na conta corrente da parte autora, dando conta de dois depósitos, R\$ 11.000,00 e R\$ 4.700,00, sem que qualquer ressalva tenha sido lançada no extrato pelo banco acerca da necessidade de confirmação, ou mesmo de que o valor estaria bloqueado até ulterior conferência. Também entre os dias 9 e 10 de outubro, a instituição bancária cancelou as operações, lançando no extrato a informação de que, numa havia divergência na assinatura, e na outra tratava-se de cheque cancelado, descontando o crédito anteriormente feito. Ocorre que no dia 9 de outubro, o demandante, antes do encerramento do expediente bancário, havia transferido aos golpistas o valor de R\$ 7.510,45 e R\$ 3.546,45, correspondentes à diferença entre os valores devidos pelos "clientes" (golpistas) e os supostamente creditados, por haver acreditado ter recebido créditos superiores aos ajustados. Deflagrada a fraude do depósito superior, que somente foi concretizada pela falha na informação ao cliente e pela oportunidade oferecida aos golpistas no serviço prestado pela requerida. Comprovado que a demandante transferiu aos golpistas a importância de R\$ 11.056,90, deverá a instituição bancária arcar com os prejuízos materiais experimentados pelo correntista. Assim, deve ser mantida a sentença no ponto.

RECURSO IMPROVIDO (Recurso Cível Nº 71005608187, Primeira Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: José Ricardo de Bem Sanhudo, Julgado em 23/02/2016) Também a Primeira Turma 3. Sentença mantida, a teor do art. 46 da Lei 9.099/95, por seus próprios fundamentos. RECURSO DESPROVIDO. UNÂNIME.

(TJRS, Recurso Cível Nº 71007304249, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Roberto Behrendorf Gomes da Silva, Julgado em 31/01/2018)

2) Ementa: APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. ÓBITO DE RECÉM-NASCIDO. RECUSA DE DESLOCAMENTO DO BEBÊ PARA OUTRO HOSPITAL. LEGITIMIDADE DA UNIMED E DO ESTADO DE SANTA CATARINA. ALEGADA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO EXTRAJUDICIAL. EXEGESE DO ART. 13, § ÚNICO, INCISO II, DA LEI N. 9.656/98. CANCELAMENTO INDEVIDO. DANOS MATERIAIS. DEVOLUÇÃO DO CHEQUE EM CAUÇÃO POR INSUFICIÊNCIA DE FUNDOS. INEXISTÊNCIA DO DEVER DE RESSARCIMENTO DOS VALORES. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. QUANTUM MANTIDO. CONECTIVOS LEGAIS. RECURSOS CONHECIDOS E DESPROVIDOS. "[...] evidenciada a falta de prévia notificação formal do autor nos moldes da Lei n. 9.656/1998, a rescisão unilateral do contrato de prestação de serviços de assistência médica mostra-se ilegal." (Agravo de Instrumento n. 2015.078849-2, de Navegantes, rel. Des. Luiz César Medeiros, j. 8-3-2016). "A recusa indevida à cobertura pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a sua situação de aflição psicológica e de angústia no espírito" (REsp 657717/RJ, Rel. Ministra Nancy Andrighi, DJ 12-12-2005).

(TJSC, Apelação Cível n. 0500032-20.2011.8.24.0033, de Itajaí, rel. Des. Júlio César Knoll, Terceira Câmara de Direito Público, j. 20-02-2018).

3) Ementa: COBRANÇA - TELEFONIA MÓVEL - CONTRATO DE FRANQUIA - SISTEMA CORPORATIVO - LIMITAÇÃO - BLOQUEIO DAS CHAMADAS EFETUADAS - RESPONSABILIDADE DA OPERADORA - AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL - PACTO OSCURO - INDUÇÃO A ERRO - EXISTÊNCIA DO SISTEMA - CONFIRMAÇÃO PELA OPERADORA - ADEQUAÇÃO DAS FATURAS - COBRANÇA INDEVIDA - DANO MORAL CARACTERIZADO. Havendo divergência acerca da responsabilidade pelo bloqueio de ligações ao atingir o teto de franquia, se esta era do consumidor ou da operadora, o mesmo se resolve com a confirmação pela empresa de telefonia da existência de um serviço de bloqueio, e da ausência de explicação escrita e verbal, de forma clara e precisa, ao fornecer um produto que não era exatamente da forma como apresentou. Além disso, a obscuridade das cláusulas contratuais enseja a conclusão que melhor beneficie o consumidor nos termos do artigo 47 do CDC. A cobrança indevida por ligações realizadas, quando a obrigação de bloqueá-las era da

operadora, gera a indenização por dano moral quando a empresa necessita dos telefones para realizar contato com os clientes.

(TJMT, Ap 30907/2008, DES. CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA, TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 01/10/2008, Publicado no DJE 14/10/2008)

4) Ementa: AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS – TRANSPORTE DE PESSOAS – HIPÓTESE EM QUE A EMPRESA RÉ IMPÕS EMPECILHO AO EMBARQUE DE PASSAGEIRO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA PELA PLATAFORMA ELEVATÓRIA DE ÔNIBUS – FATO QUE EXPÕS O AUTOR A HUMILHAÇÃO E CONSTRANGIMENTO PERANTE OUTROS PASSAGEIROS, FERINDO SUA DIGNIDADE ENQUANTO PESSOA QUE NECESSITA DE CUIDADOS ESPECIAIS – RESTRIÇÃO AO DIREITO DE IR E VIR QUE PERDUROU MESMO APÓS O AJUIZAMENTO DA AÇÃO – DANO MORAL CONFIGURADO – VALOR DA INDENIZAÇÃO – POSSIBILIDADE DE MAJORAÇÃO – A FIXAÇÃO DO DANO MORAL DEVE SER PONDERADA VISANDO A INIBIR A REPETIÇÃO DA CONDUTA DANOSA, SEM IMPORTAR ENRIQUECIMENTO SEM CAUSA DO LESADO – A CORREÇÃO MONETÁRIA INCIDE DESDE A DATA DO ARBITRAMENTO, NOS TERMOS DA SÚMULA 362 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – OS JUROS DE MORA INCIDEM A PARTIR DA CITAÇÃO, POR SE TRATAR DE RELAÇÃO CONTRATUAL – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

(TJSP, Ap 0000922-20.2014.8.26.0400, Des. Rel. Renato Rangel Desinano, 11ª Câmara de Direito Privado, julgado em 13/12/2017, publicado em 13/12/2017)

O **Boletim eletrônico: Núcleo Especializado de Defesa do Consumidor** destina-se à comunicação interna da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e seus parceiros. Produzido pelo **Núcleo Especializado de Defesa do Consumidor** parceria com a Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa. Para mais informações, contate nudecon@defensoria.sp.def.br