

# COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE



## RELATÓRIO FINAL

**RELATORA: NAY BARBALHO**





ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

---

# COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

## RELATÓRIO FINAL

**Presidente:** Vereador ANDRÉ MARTHA TAVARES

**Relatora:** Vereadora NAY BARBALHO

**BELÉM/PA**

**2026**

---

TV. CURUZÚ, N.º 1755 - MARCO, BELÉM - PA.  
CEP: 66093- 802



**ESTADO DO PARÁ**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM**

---

**Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde**  
**(Instituída pelo Requerimento n.º 1032, de 2025)**

**Relatório Final**  
**(Aprovado pela Comissão em 22 de Abril de 2026)**



**ESTADO DO PARÁ**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM**

---

## **Mesa Diretora da Câmara Municipal de Belém**

**Biênio 2025-2026**

**Vereador JOHN WAYNE**  
**Presidente**

**Vereador JOÃO COELHO**  
**1º Vice-Presidente**

**Vereadora NÉIA MARQUES**  
**2º Vice-Presidente**

**Vereadora PATRÍCIA QUEIROZ**  
**3º Vice-Presidente**

**Vereador ZEZINHO LIMA**  
**4º Vice-Presidente**

**Vereador TÚLIO NEVES**  
**1º Secretário**

**Vereador FELIPE VINAGRE**  
**2º Secretário**

**Vereador AUGUSTO SANTOS**  
**3º Secretário**

**Vereador LULU DAS COMUNIDADES**  
**4º Secretário**



ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

---

**COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE  
(CPI DOS PLANOS DE SAÚDE)**

Instituída pelo Requerimento n.º 1032, de 2025, a presente Comissão Parlamentar de Inquérito tem por finalidade apurar, no prazo de 60 (sessenta) dias, prorrogáveis por igual período, consoante o disposto no art. 35 do Regimento Interno desta Câmara Municipal de Belém, possíveis irregularidades na atuação das operadoras de planos de saúde no Município de Belém, com ênfase na verificação do cumprimento das obrigações legais relativas à garantia de acesso a terapias e atendimentos especializados destinados às pessoas com deficiência, ficando sua atuação adstrita às matérias de competência constitucional pertinentes ao objeto da investigação.

Vereador **ANDRÉ MARTHA**

**Presidente**

Vereadora **AGATHA BARRA**

**Vice-Presidente**

Vereadora **NAY BARBALHO**

**Relatora**



**ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM**

---

**COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE  
(CPI DOS PLANOS DE SAÚDE)**

**AUTOR** Vereador **ZECA DO BARREIRO**

**PRESIDENTE** Vereador **ANDRÉ MARTHA**

**VICE-PRESIDENTE** Vereadora **ÁGATHA BARRA**

**RELATOR** Vereadora **NAY BARBALHO**

**MEMBROS** Vereador **BIECO**  
Vereador **MICHELL DURANS**  
Vereador **ALFREDO COSTA**

**LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 01</b> – Frequência de terapias prescritas.....	87
<b>Gráfico 02</b> – Comunicação prévia de descredenciamento de Clínicas.....	89
<b>Gráfico 03</b> – Acionamento aos órgãos de controle.....	90
<b>Gráfico 04</b> – Cumprimento de decisões liminares pelas operadoras.....	92
<b>Gráfico 05</b> – Retrocessos clínicos observados após a interrupção/redução das terapias.....	94

### LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> – Composição inicial de Membros da Comissão Parlamentar de Inquérito (2025).....	24
<b>Tabela 02</b> – Composição atual de Membros da Comissão Parlamentar de Inquérito atualizada (2026).....	26
<b>Tabela 03</b> – Eixos Investigativos da CPI dos Planos de Saúde.....	30
<b>Tabela 04</b> – Decisões Interlocutórias por Operadora de Plano de Saúde (2024-2025).....	72
<b>Tabela 05</b> – Distribuição das Sentenças por Operadora (2024-2025).....	72
<b>Tabela 06</b> – Assuntos Processuais Mais Frequentes (2024-2025).....	74
<b>Tabela 07</b> – Liminares e Tutelas Concedidas por Tipo Decisório (2024-2025).....	75
<b>Tabela 08</b> – Resultado das Sentenças de Mérito por Operadora (2024-2025).....	77
<b>Tabela 09</b> – Perfil Diagnóstico dos usuários que responderam o formulário.....	87
<b>Tabela 10</b> – Indicadores Críticos da CPI dos Planos de Saúde.....	88
<b>Tabela 11</b> – Resposta aos atendimentos das operadoras de planos de saúde.....	89
<b>Tabela 12</b> – Cumprimento das Decisões Liminares pelas Operadoras.....	91
<b>Tabela 13</b> – Impacto clínico no desenvolvimento dos pacientes.....	93
<b>Tabela 14</b> – Tipos de Retrocesso Clínico Observados após Interrupção/Redução das Terapias.....	93
<b>Tabela 15</b> – Redução Indevida da Carga Terapêutica sem Reavaliação Médica.....	95
<b>Tabela 16</b> – Impacto Sistêmico: Busca ao SUS e Ruptura com o Plano Privado.....	97

### **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ABA** – Análise do Comportamento Aplicada
- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- CCTE** – Centro Corporativo de Terapias Especializadas (Unimed Belém)
- CDC** – Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/1990)
- CNJ** – Conselho Nacional de Justiça
- CP** – Código Penal
- CPC** – Código de Processo Civil (Lei n.º 13.105/2015)
- CPI** – Comissão Parlamentar de Inquérito
- DPE/PA** – Defensoria Pública do Estado do Pará
- IASB** – Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Belém
- IASEP** – Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado do Pará
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDSS** – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
- MPPA** – Ministério Público do Estado do Pará
- NIP** – Notificação de Intermediação Preliminar
- NUDECON** – Núcleo de Defesa do Consumidor (DPE/PA)
- OAB/PA** – Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional Pará
- PcD** – Pessoa com Deficiência
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PROCON/PA** – Diretoria de Proteção e Defesa do Consumidor do Estado do Pará
- PTS** – Plano Terapêutico Singular
- REsp** – Recurso Especial
- RN** – Resolução Normativa
- SEFIN** – Secretaria Municipal de Finanças de Belém
- STF** – Supremo Tribunal Federal
- STJ** – Superior Tribunal de Justiça
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TDAH** – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
- TEA** – Transtorno do Espectro Autista
- TJ-PA** – Tribunal de Justiça do Estado do Pará



ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I – DA INSTAURAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO</b> .....	16
1.1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	16
1.2. ANTECEDENTES.....	17
1.3. DA ORIGEM, MOTIVAÇÃO E CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO.....	24
1.4 PRAZO DE FUNCIONAMENTO E PRORROGAÇÃO.....	27
1.5 OBJETO FORMAL E DELIMITAÇÃO DO ESCOPO NORMATIVO.....	28
1.6 EIXOS INVESTIGATIVOS.....	29
<b>CAPÍTULO II – MARCO JURÍDICO-NORMATIVO DO OBJETO DA CPI</b> .....	31
<b>CAPÍTULO III – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELÉM: PANORAMA NACIONAL E REGIONAL</b> .....	36
<b>CAPÍTULO IV – METODOLOGIA E INSTRUÇÃO PROBATÓRIA DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO</b> .....	44
4.1. ETAPA I – PLANEJAMENTO.....	44
4.2. ETAPA II – INSTRUÇÃO PROBATÓRIA.....	46
4.3. FASE III – ANÁLISE DOS ACHADOS DA CPI.....	47
<b>CAPÍTULO V – DA OITIVA DOS REPRESENTANTES DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS, OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E FAMILIARES/USUÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE</b> .....	48
5.1 DA OITIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ – MPPA.....	48
5.2 OITIVA DOS REPRESENTANTES DO COLETIVO “O PLANO É SER RESPEITADO”.....	50
5.3 OITIVA DE REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO PÚBLICO, DA DIRETORIA DE DEFESA DO CONSUMIDOR – PROCON E SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS – SEFIN.....	53
5.4 OITIVA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ – DPE/PA E DO COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ.....	55
5.5 OITIVA DA UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.....	58

---

5.6 OITIVA DA ANS, IASEP, IASB, HAPVIDA, PLANO AMAZÔNIA SAÚDE.....	60
<b>CAPÍTULO VI – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELÉM: EVIDÊNCIAS, PADRÕES DE VIOLAÇÃO E INDICADORES DE IRREGULARIDADES.....</b>	<b>70</b>
6.1. ANÁLISE DAS DECISÕES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ – TJPA.....	70
6.2. DA ANÁLISE DO INQUÉRITO CIVIL N.º 06.2023.00000532-6 DO MPPA.....	79
6.3. ANÁLISE DOS INDICADORES DE IRREGULARIDADES APRESENTADOS.....	83
<b>CAPÍTULO VII – FORMULÁRIO ELETRÔNICO DA CPI DOS PLANOS DE SAÚDE.....</b>	<b>86</b>
7.1 IMPACTO CLÍNICO NO DESENVOLVIMENTO DOS PACIENTES.....	92
7.2 IMPACTO NA SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES.....	96
<b>CAPÍTULO VIII – REQUISIÇÕES DE DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES SOLICITADOS.....</b>	<b>98</b>
8.1 REQUISIÇÃO – UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.....	98
8.2 REQUISIÇÃO – HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.....	101
8.3 REQUISIÇÃO – PLANO AMAZÔNIA SAÚDE LTDA.....	103
8.4 REQUISIÇÃO – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	106
8.5 REQUISIÇÃO – INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ.....	109
<b>CAPÍTULO IX – ANÁLISE CRÍTICA DAS PROVAS E CONDUTAS.....</b>	<b>111</b>
9.1. DA INDISSOCIABILIDADE ENTRE A PROVA E O DIREITO.....	111
9.2. VERSÃO DAS OPERADORAS VERSUS EVIDÊNCIAS PRODUZIDAS NA INSTRUÇÃO.....	111
9.2.1. ALEGAÇÃO 01: DESCREDENCIAMENTO SEM COMUNICAÇÃO PRÉVIA....	112
9.2.2. ALEGAÇÃO 02: SUSPENSÃO UNILATERAL DE ATENDIMENTO E RESISTÊNCIA AO ACESSO INICIAL.....	113
9.2.3. ALEGAÇÃO 03: DESCUMPRIMENTO DE DECISÕES LIMINARES.....	114
9.2.4. ALEGAÇÃO 04: DIRECIONAMENTO FORÇADO PARA REDE PRÓPRIA.....	115
9.2.5. ALEGAÇÃO 05: REDUÇÃO DE CARGA TERAPÊUTICA SEM REAVALIAÇÃO MÉDICA.....	116

---

9.3. PADRÕES DE CONDUTA IDENTIFICADOS.....	117
9.3.1. CONDUTA SISTEMÁTICA, NÃO EPISÓDICA.....	117
9.3.2. MOTIVAÇÃO ECONÔMICA ESTRUTURAL E GESTÃO DE LIQUIDEZ.....	118
9.3.3. ESTRATÉGIA DE CAPTURA DE MERCADO E VERTICALIZAÇÃO.....	119
9.3.4. PREDUÇÃO POR CÁLCULO: A ESTRATÉGIA DO DESCUMPRIMENTO.....	119
9.4. DAS VIOLAÇÕES IDENTIFICADAS.....	120
9.4.1. CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE COBERTURA ABUSIVAS.....	120
9.4.2. TRATAMENTO DISCRIMINATÓRIO INDIRETO E A VULNERABILIDADE AGRAVADA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	121
9.4.3. DESCUMPRIMENTO DELIBERADO DE LIMINARES E RESPONSABILIDADE DOS GESTORES.....	122
9.5. LIMITAÇÕES AMOSTRAIS E SUFICIÊNCIA PROBATÓRIA.....	123
<b>CAPÍTULO X – INDIVIDUALIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADES E NEXO CAUSAL.....</b>	<b>126</b>
10.1 UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.....	126
10.2 HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.....	129
10.3 PLANO AMAZÔNIA SAÚDE LTDA.....	130
10.4 IASEP – INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ.....	131
<b>CAPÍTULO XI – CONCLUSÕES.....</b>	<b>134</b>
<b>CAPÍTULO XII RECOMENDAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS.....</b>	<b>136</b>
12.1. ÀS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.....	136
12.2. À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....	136
12.3. AO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (MPPA).....	137
12.4. À DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ (DPE-PA).....	137
12.5. AO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL (PREFEITURA DE BELÉM).....	137
12.6. PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS.....	138
12.6.1. PROJETOS DE LEI – CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM.....	138
12.6.2. RECOMENDAÇÃO AOS PODERES LEGISLATIVOS ESTADUAL E FEDERAL.....	138
12.7 RECOMENDAÇÃO AO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ.....	138

---



ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

---

12.8 RECOMENDAÇÃO AO PROCON/PA – DIRETORIA DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR DO ESTADO DO PARÁ.....	139
<b>CAPÍTULO XII– DOS VOTOS.....</b>	<b>140</b>
13.1. VOTO DA RELATORA.....	140
13.2 VOTO DA VICE-PRESIDÊNCIA.....	143
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>144</b>
ANEXOS.....	150



ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

## AGRADECIMENTOS

Para uma Vereadora em seu primeiro mandato na Câmara Municipal de Belém, a relatoria da CPI dos Planos de Saúde representou, ao mesmo tempo, uma prova de fogo e um aprendizado sem precedentes – e tenho a convicção de que, por muitos anos, permanecerá como um dos maiores desafios de minha trajetória parlamentar.

Tratar de um tema de tamanha relevância para a saúde, para a dignidade e para o bem-estar de milhares de cidadãos belenenses – especialmente das pessoas com deficiência e de suas famílias –, com toda a complexidade técnica, jurídica e humana que lhe é inerente, não foi tarefa simples. Mesmo para alguém que dedicou anos de sua vida à advocacia especializada, ao enfrentamento cotidiano das omissões do Estado e das recusas abusivas das operadoras, e que carrega consigo a experiência singular de ser mãe atípica, o percurso não foi dos mais tranquilos.

O confronto entre o que desejamos resolver e os limites que a ordem democrática e o ordenamento jurídico nos impõem pode, por vezes, deixar um travo de frustração. Contudo, ao fazermos um balanço honesto desta jornada, percebemos que há uma vitória maior: a da legalidade, da seriedade investigativa e do respeito às instituições. Uma CPI não é um tribunal de exceção. Seus poderes, ainda que amplos e de grande valia, são constitucionalmente delimitados – e é exatamente esse equilíbrio que garante a legitimidade de suas conclusões e a solidez de suas recomendações.

Foi com essa consciência que conduzimos cada audiência, cada depoimento, cada análise técnica e cada linha deste relatório.

Diante de tantas aprendizagens e de uma missão tão cara à vida desta parlamentar, seria impossível encerrar este trabalho sem expressar minha gratidão a todos que tornaram possível sua realização.

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pelo discernimento e pela serenidade nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Aos vereadores e vereadoras membros desta CPI, que, com postura construtiva, participação ativa e respeito ao contraditório, contribuíram para que os trabalhos transcorreram com dignidade e seriedade, registro minha mais sincera admiração e gratidão.

Seria injusto não mencionar nominalmente o empenho e a dedicação dos servidores e servidoras que sustentaram, nos bastidores, cada etapa desta Comissão. À vocês o meu

reconhecimento pela eficiência, pela cortesia e pelo profissionalismo com que conduziram os trabalhos.

Às Associações de famílias e aos movimentos sociais que acompanharam de perto os trabalhos desta CPI – saibam que a persistência de vocês é o combustível que move este mandato.

E, sobretudo, às mães, aos pais, aos cuidadores e às próprias pessoas com deficiência que, mesmo diante do esgotamento e da dor provocados por anos de negativas, de omissões e de desrespeito à lei, encontraram forças para testemunhar, para denunciar e para confiar nesta Comissão – este relatório é, antes de tudo, de vocês.

Tenho plena consciência de que as conclusões e recomendações aqui apresentadas não serão unânimes. Provavelmente receberão críticas tanto daqueles que esperavam respostas mais amplas e imediatas, quanto daqueles que prefeririam ver o setor livre de maior escrutínio público. Mas a unanimidade, como já nos ensinaram os mais experientes, seria o fim do próprio debate democrático. O que posso afirmar, com absoluta convicção, é que este trabalho foi conduzido com dedicação, com honestidade e com o firme propósito de buscar o bem comum – especialmente o daqueles que mais dependem do cumprimento da lei para garantir sua saúde, sua dignidade e sua inclusão.

Que este relatório não seja apenas o encerramento de uma investigação, mas o início de uma transformação real na vida das pessoas com deficiência de Belém.

**Vereadora NAY BARBALHO**

Relatora

## CAPÍTULO I DA INSTAURAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO

### 1.1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

As funções de cada Poder da República são objeto de constante reflexão no mundo jurídico e entender qual o papel de cada uma dessas funções é essencial para que a ideia de República tenha um lastro minimamente seguro.

Cada Poder possui uma função típica – aquela que lhe é constitucionalmente própria – e funções atípicas, exercidas excepcionalmente. Essa sobreposição controlada é parte integrante do sistema de freios e contrapesos (*checks and balances*). Desse modo, tem-se no Poder Legislativo, como função típica, a elaboração das normas jurídicas que regem a vida em sociedade e abrange também a fiscalização dos atos do Executivo por meio de comissões parlamentares, aprovação do orçamento público e a prerrogativa extrema do *impeachment*.

Ao Poder Executivo, incube a função típica de administração do Estado – ou seja, transformar as normas elaboradas pelo Legislativo em políticas públicas concretas, gerindo a máquina pública, celebrando tratados, conduzindo as relações exteriores e promovendo o bem-estar social.

Por fim, o Poder Judiciário tem como função típica dizer o direito no caso concreto resolvendo conflitos, protegendo direitos fundamentais e, de forma muito relevante, controlando a constitucionalidade dos atos dos outros dois Poderes.

Conforme exposto brevemente, as atribuições de fiscalização são competências próprias do Poder Legislativo e, para que possa haver o seu regular exercício é indispensável que o órgão encarregado possa “investigar” os fatos, valendo-se de meios e instrumentos que se mostrem adequados à consecução dos fins apontados.

Desse modo, a presente Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) é criada para investigar fatos determinados e funcionar por prazo certo, no exercício das competências e atribuições do Poder Legislativo, a função típica de fiscalizar os atos praticados pela Administração, visto que é na função fiscalizatória do Parlamento que se encontra o pressuposto lógico das Comissões Parlamentares de Inquérito, trazendo a convicção de que se a Constituição Federal conferiu determinada competência, também conferiu meios para atingi-la.

A Comissão parlamentar de inquérito é o órgão colegiado, que constitui uma projeção orgânica do Poder Legislativo, destinado, nos parâmetros da constituição e das leis, a investigar fatos determinados que impliquem atos de improbidade”. Assim, podemos afirmar que nos termos do art. 58,§3º, da Constituição Federal, as Comissões de Inquérito têm poderes de investigação próprios de autoridades judiciais, podendo ouvir indiciados, inquirir testemunhas, requisitar documentos e determinar quebra de sigilos bancários, fiscais e telefônicos. Tais instrumentos tornam sua atuação mais eficiente e, portanto, podem ser utilizados sempre que necessário

O foco de atuação em uma CPI deve ser o de apurar com imparcialidade os fatos motivadores da sua instauração, mas, encontrando elementos suficientes para eventual responsabilização criminal, civil ou administrativa, deve encaminhar as respectivas conclusões às autoridades competentes para as providências cabíveis. A par disso, e acima de tudo, uma CPI presta-se a identificar falhas ou lacunas na legislação vigente que facilitem a prática das condutas em investigação para, ao final dos trabalhos, apresentar proposições que possam prevenir a ocorrência de fatos semelhantes.

É nesse contexto que se insere a presente Comissão Parlamentar de Inquérito, criada para apurar possíveis irregularidades na atuação das operadoras de planos de saúde no Município de Belém, com especial atenção à garantia de terapias e atendimentos destinados às pessoas com deficiência – grupo que, por sua condição de vulnerabilidade, merece proteção reforçada do Estado e da sociedade.

## 1.2. ANTECEDENTES

A fim de contextualizar os trabalhos desta Comissão, importa apresentar o panorama fático sobre o qual motivou a instauração e debruçamento desta CPI.

O cenário que precedeu a criação da CPI foi marcado por denúncias crescentes de beneficiários relatando negativas de cobertura, interrupções de terapias, descredenciamento de clínicas especializadas e descumprimento reiterado de decisões judiciais.

Em 2022 a Promotoria de Justiça do Consumidor de Belém iniciou as primeiras tratativas institucionais voltadas à análise da limitação de terapias imposta por planos de saúde a pessoas com deficiência no município. As discussões contaram com a participação do Ministério Público do Estado do Pará (MPPA), da Defensoria Pública do Estado (DPE), da

Comissão de Defesa da Pessoa com Deficiência da OAB/PA, do Ministério Público Federal (MPF), além de representantes da Unimed Belém e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>1</sup>.

O cerne do debate concentrou-se nas reiteradas negativas e restrições ao número de sessões de terapias essenciais – como fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia – impostas a beneficiários com deficiência, prática que se revela incompatível com o princípio da isonomia, bem como com os preceitos estabelecidos na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, conforme se verifica em matéria veiculada abaixo:

**Figura 01** – Reunião de mediação do MPPA sobre sessões de terapias ilimitadas.

## MPPA – Após mediação de instituições, número de consultas e sessões de terapias para pessoas com deficiências serão ilimitados

quarta-feira, 13 de julho de 2022, 17h17



Fonte: MPMT (2022).

Em **MARCO DE 2024**, a Unimed Belém anunciou o descredenciamento de três das maiores redes de laboratórios do Estado – Amaral Costa, Beneficente de Belém e Dr. Paulo Azevedo – com efeitos a partir de 28 de abril daquele ano. Diante deste fato, o Ministério

<sup>1</sup> Disponível em:

<https://mpmt.mp.br/portalcas/news/1013/114937/mppa---apos-mediacao-de-instituicoes-numero-de-consultas-e-sessoes-de-terapias-para-pessoas-com-deficiencias-serao-ilimitados/962>. Acesso em: 09 abril 2026.

Público do Estado do Pará<sup>2</sup> instaurou procedimento preparatório de Inquérito Civil para apurar possíveis prejuízos aos consumidores, com o descredenciamento de laboratórios pela Unimed Belém:

**Figura 02** – MPPA instaura procedimento para apurar possíveis prejuízos aos consumidores com descredenciamento de laboratórios pela Unimed Belém

## MPPA instaura procedimento para apurar possíveis prejuízos aos consumidores com o descredenciamento de laboratórios pela Unimed Belém

BELÉM 02/04/2024 16:15



Fonte: MPPA (2024).

Além disso, a Defensoria Pública do Estado do Pará recomendou a suspensão do descredenciamento, alertando que a remoção dos serviços poderia comprometer a acessibilidade e a qualidade dos cuidados médicos disponíveis para os beneficiários. Desse modo, o Ministério Público do Estado do Pará<sup>3</sup> concluiu pela ilegalidade da conduta, apontando o descumprimento dos requisitos previstos no artigo 17 da Lei nº 9.656/98, que exige comunicação prévia aos usuários e à ANS com antecedência mínima de 30 dias e substituição por prestadores equivalentes, ajuizando a ação civil pública sobre o descredenciamento em comento:

<sup>2</sup> Disponível em:

<https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-instaura-procedimento-para-apurar-possiveis-prejuizos-aos-consumidores-com-o-descredenciamento-de-laboratorios-pela-unimed-belem.htm>. Acesso em: 09 abril 2026.

<sup>3</sup> Disponível em:

<https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-ajuiza-acao-civil-publica-sobre-o-descredenciamento-de-laboratorios-por-plano-de-saude.htm>. Acesso em: 09 abril 2026.

Figura 03 – MPPA ajuíza ação civil pública sobre o descredenciamento de laboratórios por plano de saúde

## MPPA ajuíza ação civil pública sobre o descredenciamento de laboratórios por plano de saúde

BELÉM 11/04/2024 11:46



Fonte: MPPA (2024).

Em SETEMBRO DE 2024, as mesmas práticas que motivaram a intervenção de 2022 voltaram a se repetir, momento em que clientes da Unimed Belém realizaram manifestação em frente a uma das unidades da operadora, protestando contra a suspensão de atendimentos para usuários com TEA na rede credenciada, conforme veiculado em matéria no “oliberal.com”<sup>4</sup>:

Figura 04 – Clientes da Unimed fazem manifestação contra suspensão de atendimentos para crianças autistas

[O Liberal](#) > [Belém](#) >

## Clientes da Unimed fazem manifestação contra suspensão de atendimentos para crianças autistas

Todos os meses as clínicas ameaçam paralisar os serviços ou suspendem os serviços



Dilson Pimentel e Lucas Quirino

13.09.24 10h40 - Atualizado em 13.09.24 13h55

Fonte: oliberal.com (2024).

<sup>4</sup> Disponível em:

<<https://www.oliberal.com/belém/clientes-da-unimed-fazem-manifestacao-contrasuspensao-de-atendimentos-para-criancas-autistas-1.861049>>. Acesso em: 09 abril 2026.

O aspecto mais grave reside na denúncia de que, mesmo diante de decisões judiciais liminares que determinavam a imediata regularização dos serviços, a cooperativa teria adotado uma postura deliberada de descumprimento, optando por suportar a incidência de multas diárias (astreintes) em vez de restabelecer os atendimentos. Tal conduta configura inequívoca afronta à autoridade do Poder Judiciário, além de violar o direito fundamental à saúde. A propósito, vejamos matéria veiculada pelo portal “oliberal.com”<sup>5</sup> acerca do referido protesto:

**Figura 05 – Famílias protestam por terapias negadas por planos de saúde em frente ao TJPA**

### Famílias protestam por terapias negadas por planos de saúde em frente ao TJPA

Pais e mães denunciam atrasos e cortes no acesso a terapias essenciais para crianças neurodivergentes e cobram soluções das operadoras e do poder público



Jamile Marques | O Liberal  
17:12:24 17/01



Imagem de manifestação (Foto: Ivan Duarte | O Liberal)

Fonte: oliberal.com (2024).

O Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado do Pará (NUDECON), em atuação conjunta com o Ministério Público, interveio junto à operadora de plano de saúde Unimed Belém diante de denúncias de interrupção de atendimentos terapêuticos destinados a beneficiários com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

No âmbito dessa atuação, a Defensoria Pública notificou a operadora, exigindo o restabelecimento dos atendimentos no prazo máximo de 48 horas. À ocasião, o coordenador

<sup>5</sup> Disponível em:

<https://www.oliberal.com/para/familias-protestam-por-terapias-negadas-por-planos-de-saude-em-frente-ao-tjpa-1.898852>. Acesso em: 09 abril 2026.

do NUDECON consignou expressamente que não se tratava de episódio isolado, mas de reiteração de condutas já anteriormente imputadas à mesma operadora.

Em resposta à intervenção institucional, a Unimed Belém assumiu compromissos que resultaram na regularização temporária da prestação dos serviços – circunstância que, todavia, revelou-se mero prelúdio das falhas que voltariam a se repetir posteriormente.

**Figura 06**– PA: Defensoria Pública notifica Unimed Belém sobre suspensão de atendimento a usuários com transtorno do espectro autista (TEA).

## PA: Defensoria Pública notifica Unimed Belém sobre suspensão de atendimento a usuários com transtorno do espectro autista (TEA)

Fonte: ASCOM/DPEPA  
Estado: PA

O coordenador do Nudecon, defensor público Cássio Bitar, explica que o Núcleo acompanha regularmente a situação do plano de saúde Unimed Belém em relação aos beneficiários com deficiência, em especial aqueles com TEA. Esta não é a primeira vez que a Defensoria é acionada para lidar com esta questão relativa à mesma operadora.

“Em 2022, juntamente com o Ministério Público, dialogamos com a operadora e diversos compromissos foram assumidos, o que resultou na regularização do atendimento. Com novas denúncias, vamos retomar o procedimento com o objetivo de garantir a retomada dos serviços”, relata o defensor.

Fonte: oliberal.com (2024).

A situação escalou em **MAIO DE 2025**, quando novo protesto foi realizado em frente à sede administrativa da Unimed Belém, desta vez por pais de crianças autistas que denunciavam a redução arbitrária das cargas horárias terapêuticas e a tentativa de migração forçada dos usuários para clínicas próprias da operadora, em evidente prejuízo à continuidade e à integralidade dos tratamentos já estabelecidos. Tal episódio, amplamente registrado pelo *Diário do Pará* e por outros veículos de comunicação, evidenciou que as irregularidades de 2024 não haviam sido saneadas, conforme trecho retirado do sítio eletrônico do Jornal “Diário

do Pará<sup>6</sup>:

**Figura 07– Pais de autistas protestam contra atendimento da Unimed Belém**



Fonte: oliberal.com (2024).

As denúncias apontaram para a redução arbitrária das cargas horárias terapêuticas e para a tentativa de migração forçada dos usuários para clínicas próprias das operadoras, em evidente prejuízo à continuidade e à integralidade dos tratamentos já estabelecidos. Tais ações representam um rompimento da confiança contratual e, novamente, o descumprimento de decisões judiciais que asseguravam a manutenção do atendimento regular, revelando um comportamento empresarial predatório que transcende a mera falha contratual.

Foi diante desse panorama – de violações reiteradas, de vulnerabilidade agravada das famílias afetadas e de insuficiência das instâncias administrativas para coibir as práticas abusivas – que a Câmara Municipal de Belém instaurou a presente Comissão Parlamentar de Inquérito, exercendo a função fiscalizatória que lhe é constitucionalmente atribuída e dando voz institucional àqueles que, por anos, buscaram sem sucesso o cumprimento de direitos que a lei já lhes assegurava.

<sup>6</sup> Disponível em:

<https://diariodopara.com.br/noticias/pais-de-autistas-protestam-contra-atendimento-da-unimed-belem/>. Acesso em: 09 abril 2026.

### 1.3 DA ORIGEM, MOTIVAÇÃO E CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO

Em **16 DE SETEMBRO DE 2025**, o Vereador **ZECA DO BARREIRO** (União Brasil) deu entrada junto à Mesa Diretora ao **REQUERIMENTO N° 1.032/2025**, pelo qual requereu à Câmara Municipal de Belém, a criação de Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a apurar possíveis irregularidades na atuação das operadoras de planos de saúde particulares no Município de Belém, com especial ênfase na garantia de terapias e atendimentos destinados às pessoas com deficiência.

O requerimento foi protocolado nos termos do art. 35 do Regimento Interno da Câmara Municipal de Belém, cumprindo todos os requisitos constitucionais e regimentais exigidos para a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, conforme atestado pela Diretoria Jurídica da Câmara Municipal de Belém, que, em **22 DE SETEMBRO DE 2025**, exarou **PARECER JURÍDICO** reconhecendo expressamente a regularidade formal e material do requerimento e manifestando-se pelo prosseguimento da matéria ao Gabinete da Presidência.

Em cumprimento ao rito processual e ao disposto no Regimento Interno, o Gabinete da Presidência solicitou formalmente a indicação dos membros titulares e suplentes que comporiam a Comissão, dando início à fase de sua constituição definitiva, tendo a formalização da composição e do prazo de funcionamento da Comissão ocorreu por meio da **PORTARIA N.º 1225/2025**, editada em **30 DE SETEMBRO DE 2025**, instrumento que conferiu à CPI dos Planos de Saúde existência jurídica plena e capacidade para o exercício de seus poderes investigativos.

A Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde foi constituída, nos termos da **PORTARIA N.º 1225/2025 DE 30 DE SETEMBRO DE 2025**, por cinco membros titulares e dois membros suplentes. No início de seus trabalhos, integraram a CPI dos Planos de Saúde, na condição de Presidente, Vice-Presidente, Relator, membros titulares e suplentes, os seguintes vereadores conforme o tabela abaixo:

**Tabela 01 – Composição inicial de Membros da Comissão Parlamentar de Inquérito (2025)**

FUNÇÃO	PARLAMENTAR	PARTIDO
AUTOR	Vereador ZECA DO BARREIRO	UNIÃO BRASIL



ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

PRESIDENTE	Vereador ANDRÉ MARTHA TAVARES	PSD
VICE-PRESIDENTE	Vereador BIECO	MDB
RELATORA	Vereadora NAY BARBALHO	AVANTE
MEMBRO TITULAR	Vereadora ÁGATHA BARRA	PL
MEMBRO SUPLENTE	Vereador MICHELL DURANS	PSB
MEMBRO SUPLENTE	Vereador MOA MORAES	PV

Fonte: Elaboração Própria (2026).

No curso dos trabalhos desta Comissão Parlamentar de Inquérito, o Vereador MOA MORAES (PV) solicitou seu desligamento, por meio do **MEMORANDO N° 058/2025-GVMM, DE 20 DE OUTUBRO DE 2025**. Em decorrência, passou a compor a suplência da CPI dos Planos de Saúde o Vereador ALFREDO COSTA (PT), conforme a **PORTARIA CPI N° 02/2025, DE 24 DE OUTUBRO DE 2025**.

Em **03 DE MARÇO DE 2026**, o Vereador BIECO apresentou o **MEMORANDO N° 11/2026 – GAB/CMB**, por meio do qual comunicou o declínio da função de Vice-Presidente desta Comissão Parlamentar de Inquérito, passando a atuar na condição de membro titular.

Na ocasião, a Vereadora ÁGATHA BARRA apresentou sua indicação para o exercício da Vice-Presidência, a qual foi submetida à deliberação dos membros da Comissão e aprovada por unanimidade, tendo a formalização da referida alteração consignada na **ATA DA 6ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO** da Comissão Parlamentar de Inquérito, juntada aos autos.

Portanto, a composição da presente Comissão Parlamentar de Inquérito passou à seguinte disposição:

**Tabela 02 – Composição atual de Membros da Comissão Parlamentar de Inquérito atualizada (2026)**

FUNÇÃO	PARLAMENTAR	PARTIDO
AUTOR	Vereador ZECA DO BARREIRO	UNIÃO BRASIL
PRESIDENTE	Vereador ANDRÉ MARTHA TAVARES	PSD
VICE-PRESIDENTE	Vereadora ÁGATHA BARRA	PL
RELATORA	Vereadora NAY BARBALHO	AVANTE
MEMBRO TITULAR	Vereadora BIECO	MDB
MEMBRO SUPLENTE	Vereador MICHELL DURANS	PSB
MEMBRO SUPLENTE	Vereador MOA MORAES	PV

Fonte: Elaboração Própria (2026).

A Comissão contou, ainda, com o suporte técnico e administrativo dos servidores da Câmara Municipal de Belém designados para acompanhar os trabalhos, bem como com a assessoria de consultores dos respectivos membros da Comissão, cuja contribuição foi fundamental para o aprofundamento da instrução probatória.

Ao longo de seu funcionamento, esta Comissão Parlamentar de Inquérito realizou **11 (ONZE) REUNIÕES ORDINÁRIAS** de deliberação, nas quais foram apreciados e deliberados atos de natureza processual, aprovadas requisições de documentos, analisadas as respostas encaminhadas pelas operadoras de planos de saúde e pelos órgãos públicos instados a se manifestar, bem como definidos os termos de realização das audiências públicas.

Ademais, foram promovidos **05 (CINCO) DIAS DE OITIVAS**, com a participação de representantes das operadoras de planos de saúde privadas – UNIMED BELÉM S.A., HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A. e PLANO AMAZÔNIA SAÚDE LTDA –, de agentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do representante da Secretaria Municipal de Finanças (SEFIN), de membros do Ministério Público do Estado do Pará (MPPA), notadamente das 1ª e 3ª Promotorias de Justiça do Consumidor e 1ª Promotoria de Justiça de Defesa das Pessoas com Deficiência e dos Idosos e de Acidentes de trabalho, de representantes da Defensoria Pública do Estado do Pará (DPE-PA), representante da Diretoria de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), bem como de integrantes do Instituto de

Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Belém (IASB) e do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Pará (IASEP).

Registre-se, ainda, a relevante participação de usuários e familiares de pessoas com deficiência, que relataram, de forma direta, os impactos das práticas investigadas, tendo sido, inclusive, formalizado pedido de habilitação do coletivo “O PLANO É SER RESPEITADO”.

Outrossim, conforme deliberado em ata de reunião desta Comissão, foram recebidas 74 (setenta e quatro) respostas encaminhadas por meio de formulário elaborado pela Relatoria, as quais contribuíram significativamente para a formação do lastro probatório necessário à adequada apuração do objeto investigado.

#### **1.4 PRAZO DE FUNCIONAMENTO E PRORROGAÇÃO**

A presente Comissão Parlamentar de Inquérito foi constituída nos termos do **REQUERIMENTO N.º1032/2025**, bem como com fundamento no art. 35 do Regimento Interno da Câmara Municipal de Belém, ao qual foi fixado o prazo de funcionamento em **60 (SESSENTA) DIAS**, contados a partir da data de sua instalação, admitida a prorrogação por igual período, mediante deliberação da maioria de seus membros.

Os trabalhos foram formalmente instalados em **16 DE OUTUBRO DE 2025**, em conformidade com as disposições regimentais aplicáveis.

No curso de sua atuação, a contagem do prazo de funcionamento desta Comissão foi suspensa em **dois momentos distintos**, regularmente implementados com fundamento nos dispositivos regimentais pertinentes.

A primeira suspensão, no período de **05 A 21 DE NOVEMBRO DE 2025**, deu-se em razão da necessidade de realização de atos preparatórios indispensáveis à Conferência das Partes da Organização das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas – COP 30, conforme previsto na **RESOLUÇÃO N.º059, DE 29 DE OUTUBRO DE 2025**, sendo formalizada por meio da **PORTARIA CPI/02/CMB N.º002/2025, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2025**.

A segunda suspensão deu-se no período de **16 DE DEZEMBRO DE 2025 A 14 DE JANEIRO DE 2026**, em razão do recesso parlamentar, nos termos do Art. 2º e do Art. 35-B do Regimento Interno da Câmara Municipal de Belém, sendo formalizada por meio da **PORTARIA CPI N.º03/2025, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025**, tendo os trabalhos sido

retomados no em 25 DE FEVEREIRO DE 2026, conforme **PORTARIA CPI/02/CMB N.º01/2026 DE 13 DE FEVEREIRO DE 2026**.

Assim, considerando o prazo originário de 60 (sessenta) dias, bem como os períodos de suspensão regularmente instituídos, o termo final de funcionamento desta Comissão projetou-se para o dia 04 DE MARÇO DE 2026.

Diante da complexidade dos fatos investigados, do volume de documentação requisitada e da necessidade de colheita de depoimentos adicionais, a Comissão deliberou pela prorrogação do prazo por igual período de 60 (sessenta) dias. Conforme deliberado pela maioria dos membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito, houve a prorrogação do prazo de funcionamento da CPI, por mais 60 (SESSENTA) DIAS, e devidamente registrado na ATA DA 4ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO, EM 25 DE FEVEREIRO DE 2026, restou aprovada a prorrogação do prazo de funcionamento da CPI até o dia 24 DE ABRIL de 2026, data em que o presente Relatório Final foi concluído e submetido à deliberação dos membros desta Comissão.

É importante registrar que, ao longo do prazo de funcionamento, os trabalhos desta Comissão foram conduzidos com estrito respeito ao devido processo legal, ao contraditório e à ampla defesa, assegurando a todos os convocados o direito de se manifestar, apresentar documentos e questionar as evidências produzidas.

### **1.5 OBJETO FORMAL E DELIMITAÇÃO DO ESCOPO NORMATIVO**

A delimitação precisa do objeto constitui pressuposto indispensável à validade e à legitimidade dos trabalhos desenvolvidos por Comissão Parlamentar de Inquérito, porquanto confere segurança jurídica às conclusões alcançadas e aos encaminhamentos propostos, além de resguardar o relatório final de eventuais questionamentos decorrentes de excesso ou desvio de finalidade. Impõe-se, assim, explicitar, de forma clara e objetiva, os contornos dentro dos quais se desenvolveram as atividades investigativas.

Nos termos da **PORTARIA Nº 1.225/2025**, editada em **30 DE SETEMBRO DE 2025**, o objeto desta Comissão Parlamentar de Inquérito foi definido nos seguintes termos:

*"apurar possíveis irregularidades na atuação das operadoras de planos de saúde particulares no Município de Belém, com ênfase na garantia de terapias e atendimentos destinados às pessoas com deficiência."*

A delimitação precisa do objeto constitui pressuposto inafastável de validade das conclusões e dos encaminhamentos desta Comissão, na medida em que assegura a correspondência entre a investigação realizada e o mandato investigativo conferido pelo ato de instalação, impedindo que o relatório seja questionado por excesso ou desvio de finalidade.

Entretanto, no curso dos trabalhos investigativos e, com base em denúncias recebidas da população e nas primeiras oitivas realizadas, a relatoria desta CPI constatou as irregularidades relativas ao objeto da investigação ocorrem no âmbito dos planos de saúde na modalidade autogestão – que atendem uma parcela significativa de munícipes, como no caso do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado do Pará (IASSEP) e do Instituto de Assistência aos Servidores do Município de Belém (IASB), razão pela qual a relatora requereu, nos termos do REQUERIMENTO/CPI-PLANOS DE SAÚDE, DE 27 DE MARÇO DE 2025, o ADITAMENTO DO OBJETO passando a ter a seguinte redação:

*“Fica constituída a Comissão Parlamentar de Inquérito CPI destinada a apurar possíveis irregularidades na atuação das operadoras de planos de saúde no Município de Belém, especialmente no que se refere à garantia de terapias e atendimentos destinados às pessoas com deficiência”*

Submetida à apreciação do colegiado, a proposta de ampliação do objeto investigativo foi regularmente aprovada por unanimidade, conforme consignado na **ATA DA 10º REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO, DE 27 DE MARÇO DE 2026**, sendo publicado na **PORTARIA CPI/02/CMB N.º002/2026, DE 27 DE MARÇO DE 2026**.

## **1.6 EIXOS INVESTIGATIVOS**

A instrução probatória desta Comissão Parlamentar de Inquérito foi organizada em eixos temáticos de investigação, definidos a partir das denúncias recebidas, dos documentos requisitados e dos depoimentos colhidos ao longo dos trabalhos. A estruturação por eixos teve por finalidade conferir sistematicidade à apuração, assegurar a cobertura integral do objeto e permitir que as conclusões e os encaminhamentos finais guardassem correspondência direta com as provas produzidas. Foram identificados quatro eixos principais, descritos a seguir:

**Tabela 03 – Eixos Investigativos da CPI dos Planos de Saúde**

**EIXO 1 – NEGATIVA E RESTRIÇÃO DE COBERTURA DE TERAPIAS ESSENCIAIS**

Investigação das práticas adotadas pelas operadoras de planos de saúde para negar, limitar ou condicionar a cobertura de terapias de reabilitação prescritas por profissionais de saúde, com especial atenção às modalidades de Análise do Comportamento Aplicada (ABA), fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia. A apuração buscou identificar se as restrições impostas pelas operadoras contrariavam as prescrições médicas e terapêuticas individuais, as resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça, em especial o entendimento fixado no julgamento dos REsp 2.167.050 e 2.153.672.

**EIXO 2 – DESCREDECIMENTO MASSIVO E IRREGULAR DE CLÍNICAS E PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS**

Apuração dos processos de descredenciamento de clínicas, laboratórios e profissionais especializados no atendimento a pessoas com deficiência, com vistas a verificar o cumprimento dos requisitos previstos no art. 17 da Lei nº 9.656/1998 – comunicação individualizada aos beneficiários com antecedência mínima de trinta dias, notificação prévia à ANS e substituição por prestadores de capacidade equivalente. A investigação examinou, em especial, se os descredenciamentos implicaram redução efetiva da rede assistencial disponível aos beneficiários e se produziram interrupção de tratamentos em curso, em afronta às normas que asseguram a continuidade do cuidado.

**EIXO 3 – DESCUMPRIMENTO DELIBERADO DE DECISÕES JUDICIAIS**

Apuração das condutas das operadoras investigadas consistentes em descumprir decisões judiciais – liminares e sentenças – que determinaram a retomada ou a manutenção de atendimentos terapêuticos a beneficiários com deficiência. A investigação buscou verificar a reiteração e a sistematicidade dessas condutas, a existência de mecanismos internos das operadoras para postergar o cumprimento das ordens judiciais e os prejuízos clínicos e financeiros impostos às famílias em decorrência da demora no restabelecimento dos atendimentos.

**EIXO 4 – DANOS CLÍNICOS, FINANCEIROS E PSICOSSOCIAIS ÀS FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Apuração dos efeitos concretos, sobre as famílias afetadas, das práticas irregulares identificadas nos eixos anteriores. A investigação abrangeu os danos ao desenvolvimento clínico e funcional dos pacientes decorrentes da interrupção ou da limitação dos tratamentos; os impactos financeiros suportados pelas famílias que, diante da recusa das operadoras, passaram a arcar com os custos dos atendimentos em rede particular; e os danos psicossociais resultantes do estado de insegurança, de instabilidade terapêutica e de litigiosidade a que essas famílias foram submetidas de forma reiterada.

Fonte: Elaboração própria (2026).

## CAPÍTULO II

### MARCO JURÍDICO-NORMATIVO DO OBJETO DA CPI

A análise dos fatos apurados por esta Comissão Parlamentar de Inquérito pressupõe o prévio estabelecimento do quadro normativo dentro do qual as condutas das operadoras investigadas devem ser avaliadas, possibilitando que haja a identificação e qualificação dos fatos como irregularidades e fundamentar caminhos propostos.

Sem esse alicerce, as conclusões e proposições realizadas no Relatório desta Comissão enquadram-se com juízos de valor, ao invés de serem juízos juridicamente sustentáveis e passíveis de encaminhamento às autoridades competentes.

Para tanto, é importante que seja apresentado um cotejo sistemático-normativo entre a conduta das operadoras de planos de saúde investigadas e o conjunto de normas que disciplinam a matéria, para que, posteriormente, seja possível qualificar juridicamente as irregularidades identificadas, fundamentar os encaminhamentos propostos e conferir às conclusões desta CPI a legitimidade institucional que a temática exige.

A construção deste capítulo seguiu metodologia analítica em quatro camadas normativas, dispostas em ordem hierárquica decrescente: fundamentos constitucionais, legislação infraconstitucional, normativas regulatórias da ANS e precedentes judiciais vinculantes ou orientadores.

O arcabouço normativo que rege as relações entre operadoras de planos de saúde, beneficiários e o Estado é vasto e hierarquicamente estruturado. A sua compreensão integral é condição *sine qua non* para que os fatos apurados sejam adequadamente subsumidos às normas pertinentes. Portanto, a opção por essa estrutura tem dupla finalidade: conferir ao relatório rigor técnico-jurídico e facilitar a correspondência entre as violações identificadas e os encaminhamentos propostos nos capítulos subsequentes.

Superado este ponto, passamos à análise das disposições normativas que regem o objeto desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

A Constituição da República de 1988 não deixa margem a interpretações restritivas: a saúde ostenta natureza de direito fundamental, dotado de eficácia imediata, cujo exercício não pode ser suprimido, restringido ou esvaziado por cláusulas contratuais, decisões

administrativas ou estratégias comerciais adotadas por operadoras privadas de planos de saúde. Portanto, é necessário que haja materialização da norma no mundo dos fatos, realização do direito, desempenho, cabendo ao Estado, instituir melhorias para que este direito seja efetivado na prática. Trata-se de garantia que se impõe de forma vinculante tanto ao Poder Público quanto aos particulares que atuam na prestação de serviços de saúde, especialmente no âmbito da saúde suplementar.

Nesse sentido, Sarlet (2018, p. 570) ensina que os direitos fundamentais possuem dupla dimensão: uma dimensão subjetiva, que confere ao indivíduo posição jurídica de exigir a prestação correspondente; e uma dimensão objetiva, que impõe ao Estado e a todos os atores sociais – inclusive os privados que operam em setores essenciais – deveres de proteção e promoção.

A inserção da saúde no catálogo dos direitos sociais com a previsão do art. 6º c/c art. 196 da Constituição Federal eleva a saúde ao patamar de direito social fundamental e produz consequência jurídica imediata para o setor de saúde suplementar: as operadoras de planos de saúde, ao atuarem em área de relevância pública declarada pelo art. 197 da CF/88, não podem invocar a autonomia contratual privada como escudo para práticas que esvaziem a dimensão existencial da dignidade humana, elencada como fundamento no art. 1º, Inc. III, da Constituição Federal.

De outro modo, os contratos de planos de saúde, embora regulados pelo Direito Privado, incidem sobre bem jurídico – a saúde – que a própria Constituição classifica como direito social fundamental e como dever do Estado, impondo aos agentes que atuam no setor obrigações que transcendem a lógica puramente contratual. Logo, a operadora que assume contratualmente a cobertura de eventos de saúde não exerce apenas a função privada da prestação do serviço, desempenhando, por delegação normativa, o papel de relevância pública na garantia do acesso à saúde. Por isso, as obrigações constitucionais decorrentes dos artigos previstos na Carta Magna projetam-se sobre sua atuação tornando ilegítima qualquer recusa que prive o beneficiário do tratamento necessário para a preservação de sua integridade física e psíquica, especialmente às pessoas com deficiência, cujo desenvolvimento cognitivo, motor ou psíquico depende da continuidade de terapias especializadas.

Sob a ótica do Direito do Consumidor, a Constituição Federal ainda dispõe em seu art. 5º, XXXII, o dever do Estado de promover a defesa ao consumidor, tendo o constituinte

reconhecido a vulnerabilidade estrutural do consumidor diante dos fornecedores de produtos e serviços. Mais do que isso, quando estamos diante da relação consumerista entre planos de saúde e pessoas com deficiência – objeto fulcral desta CPI – tem-se a cobertura legislativa internacional da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência –incorporada pelo Decreto Legislativo n.º186/2008 – a qual vincula expressamente às operadoras privadas ao regime convencional de garantia do mais alto padrão de saúde, de habilitação e reabilitação multiprofissional. Assim, trazendo para a análise do objeto desta Comissão, no âmbito dos contratos firmados com as operadoras de saúde, a vulnerabilidade do beneficiário é ainda mais pronunciada, razão pela qual a interrupção ou restrição arbitrária de terapias afrontam diretamente esse núcleo irredutível.

À luz do preceito constitucional de defesa do consumidor, o art. 6.º, III, da Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 assegura ao consumidor o direito à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, incluindo critérios de cobertura, exclusões contratuais e procedimentos para obtenção de autorizações, sendo consideradas nulas de pleno direito cláusulas que restringem esses direitos ou limitam a prestação de serviços de forma arbitrária, devendo o fornecedor ser responsabilizado objetivamente pelos danos causados em razão de defeitos na prestação do serviço.

Verifica-se, nos relatos e nas descrições apresentadas ao longo dos estudos desta CPI, a assimetria informacional como a principal falha de mercado para justificar a intervenção protetiva do Estado nas relações de consumo que envolvem serviços de saúde: o beneficiário que contrata um plano não tem condições de avaliar *ex ante* a real extensão das coberturas, o que torna o dever de transparência da operadora condição estrutural de validade do vínculo contratual. Quando trazemos para o contexto desta CPI podemos verificar que as pessoas com deficiência que utilizam das operadoras de planos de saúde se enquadram numa categoria de “consumidor hipervulnerável”, uma vez que acumulam a vulnerabilidade típica da relação de consumo, bem como a vulnerabilidade específica decorrente de sua condição. Para esses sujeitos, a proteção consumerista deve ser aplicada com intensidade máxima, pois o estado de necessidade que os acomete suprime qualquer capacidade real de negociação ou de busca por alternativas no mercado.

A operadora que nega cobertura indevidamente e causa agravamento da condição de saúde do beneficiário responde pelos danos daí decorrentes sem necessidade de prova de dolo

ou negligência, cabendo a ela demonstrar a inexistência do defeito ou a culpa exclusiva do consumidor para eximir-se da responsabilidade. Portanto, a objetivação da responsabilidade neste campo é politicamente justificada pela assimetria de poder entre operadora e beneficiário, que tornaria a exigência de prova de culpa instrumento de impunidade.

No contexto específico das pessoas com deficiência, a incidência do Direito do Consumidor na saúde suplementar assume contornos ainda mais rigorosos e protetivos. Isso porque, além da vulnerabilidade inerente a qualquer relação de consumo, esses indivíduos enfrentam barreiras estruturais, sociais e econômicas que limitam significativamente sua capacidade de escolha, negociação e acesso efetivo aos serviços contratados.

A proteção jurídica dessas pessoas encontra fundamento não apenas no Código de Defesa do Consumidor, mas também em um arcabouço normativo mais amplo, que inclui a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com status constitucional – e a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015). Esses diplomas reforçam a necessidade de assegurar não apenas igualdade formal, mas igualdade material, o que implica a adoção de medidas diferenciadas para garantir o pleno exercício de direitos. Por conseguinte, o Estado e os agentes públicos e privados que prestam serviços de relevância pública – entre os quais estão inseridos as operadoras de plano de saúde – tem o dever de eliminar essas barreiras, garantindo acessibilidade plena, inclusive ao sistema de saúde e às terapias de habilitação e reabilitação.

Em relação à fiscalização dos serviços prestados pelas operadoras, o poder normativo regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) complementa o marco legal com disposições específicas, a exemplo da Resolução Normativa n.º465/2021, que consolida o Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, o qual após a edição da Lei Federal n.º14.454/2022, passou a ser referência básica sobre o limite máximo de cobertura, representando a superação do modelo restritivo que permitia às operadoras de planos de saúde em negar tratamentos comprovadamente eficazes sob a simples justificativa de ausência de listagem regulatória. Portanto, com a atualização da legislação federal, o critério determinante para a obrigatoriedade da cobertura é a evidência científica da eficácia do tratamento aliada à indicação médica fundamentada – e não na inclusão prévia no rol administrativo da agência reguladora.

Além disso, tem-se a Resolução Normativa n.º259 de 2011, que fixa prazos máximos de atendimento que devem ser interpretados em consonância a natureza contínua das terapias para pessoas com deficiência, cuja regularidade é elemento intrínseco à eficácia do tratamento, bem como pela Instrução Normativa n.º23 de 2009, a qual disciplina o procedimento recursal interno em caso de negativa, assegurando ao beneficiário por profissional habilitado e comunicação fundamentada dos critérios de indeferimento, mecanismo cuja observância pelas operadoras investigadas em Belém deverá ser apurada nos autos desta CPI.

Na esfera judicial, a jurisprudência dos Tribunais Superiores confere densidade normativa e força vinculante ao presente marco, tendo o Superior Tribunal de Justiça, no TEMA REPETITIVO N.º1082 (REsp 1.733.013/PR; REsp 1.822.255/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, j.01.06.2021), fixou ser abusiva a negativa de cobertura de tratamento indicado pelo médico assistente quando não houver substituto terapêutico eficaz reconhecido pela medicina convencional. O TEMA REPETITIVO N.º1183 (REsp 1.904.980/SP; REsp 1.919.049/SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 08.06.2022), pacificou que as operadoras não podem restringir tratamentos ao rol da ANS quando há indicação médica e evidências científicas de eficácia, tornando objetivamente ilícitas as negativas que invocaram o caráter taxativo do rol.

Já o SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, no RE 855.178/SE (Tema 793, Rel. Min. Luiz Fux, Plenário, j. 23.05.2019) estabeleceu que o direito à saúde é um direito fundamental de especial proteção constitucional, cuja negativa configura violação direta ao princípio da dignidade da pessoa humana. Portanto, as normas de direito privado devem ser interpretadas e aplicadas de modo a não obstaculizar o acesso ao tratamento necessário, especialmente quando o beneficiário pertence a grupo vulnerável, como as pessoas com deficiência.

Diante de todo o percurso normativo traçado ao longo deste capítulo, podemos inferir que as operadoras de planos de saúde estão juridicamente vinculadas por múltiplos convergentes comandos normativos para assegurar o acesso à saúde a seus usuários, em especial às Pessoas com Deficiência. Contudo, a realidade vivenciada por essa parcela da população está totalmente dissonante do previsto em lei. É sobre esse substrato normativo que os capítulos subsequentes analisaram os fatos apurados, identificaram condutas irregulares, individualizam as responsabilidades e formularam os encaminhamentos cabíveis.

CAPÍTULO III  
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELÉM:  
PANORAMA NACIONAL E REGIONAL

A compreensão adequada das condições de acesso à saúde suplementar por parte das pessoas com deficiência pressupõe, como ponto de partida, a delimitação precisa do universo populacional concernido. Segundo pesquisa realizada pelo Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população com deficiência no Brasil foi estimada em 18,6 milhões de pessoas na faixa etária de 2 anos ou mais, o que corresponde a 8,9% da população dessa faixa etária, conforme dados do módulo da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua 2022 (BRASIL, 2023)<sup>7</sup>.

Importa registrar que se trata, historicamente, da primeira vez que a PNAD Contínua contemplou módulo específico dedicado à população com deficiência, representando avanço informacional de relevo para o planejamento de políticas públicas inclusivas. O perfil etário da população revela acentuada concentração entre pessoas mais velhas: em 2022, 47,2% das pessoas com deficiência tinham 60 anos ou mais de idade, ao passo que entre as pessoas sem deficiência apenas 12,5% estavam nesse grupo etário. Tal assimetria etária tem implicações diretas na análise do acesso à saúde suplementar, dado que os planos de saúde apresentam custos progressivamente mais elevados com o avanço da idade.

Do ponto de vista socioeconômico, os dados revelam vulnerabilidades estruturais significativas, visto que a taxa de participação na força de trabalho das pessoas sem deficiência foi de 66,4% em 2022, ao passo que entre as pessoas com deficiência essa taxa cai significativamente para 29,2%. Além disso, cerca de 55,0% das pessoas com deficiência que trabalhavam estavam na informalidade, enquanto para as pessoas ocupadas sem deficiência esse percentual foi de 38,7%.

<sup>7</sup> Disponível em

<<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/brasil-tem-18-6-milhoes-de-pessoas-com-deficiencia-indica-pesquisa-divulgada-pelo-ibge-e-mdhc>>. Acesso em 09 abril 2026.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023)<sup>8</sup>, o rendimento médio real habitualmente recebido pelas pessoas ocupadas com deficiência foi de R\$ 1.860,00 (um mil, oitocentos e sessenta reais), enquanto o das pessoas sem deficiência era de R\$ 2.690,00 (dois mil, seiscentos e noventa reais). Essa disparidade de renda e vínculo empregatício tem reflexos diretos na capacidade de acesso ao sistema de saúde suplementar, cujo principal vetor de adesão é o plano coletivo empresarial.

Do ponto de vista do recorte regional, a pesquisa apresentou que o Nordeste registrou o maior percentual de pessoas com deficiência (10,3%), com o Sul (8,8%), Centro-Oeste (8,6%), Norte (8,4%) e Sudeste (8,2%) a seguir (BRASIL, 2023). Portanto, a Região Norte, onde se insere o Estado do Pará, embora não figure entre as mais elevadas proporções, apresenta contexto socioeconômico que amplifica os efeitos da deficiência sobre o acesso aos serviços de saúde.

Do ponto de vista do recorte regional, a pesquisa apresentou que o Nordeste registrou o maior percentual de pessoas com deficiência (10,3%), com o Sul (8,8%), Centro-Oeste (8,6%), Norte (8,4%) e Sudeste (8,2%) a seguir (BRASIL, 2023). Portanto, a Região Norte, onde se insere o Estado do Pará, embora não figure entre as mais elevadas proporções, apresenta contexto socioeconômico que amplifica os efeitos da deficiência sobre o acesso aos serviços de saúde.

A Região Norte do Brasil, caracterizada por extensão territorial desproporcional à sua infraestrutura de serviços e por índices de desenvolvimento humano aquém da média nacional, apresenta dinâmica própria no que concerne à prevalência de deficiência e ao acesso à saúde. Conforme os dados da PNAD Contínua 2022, a região registrou 8,4% de sua população com algum tipo de deficiência, situando-se ligeiramente abaixo da média nacional de 8,9% (BRASIL, 2023).

No âmbito estadual, o Pará desponta como o estado da Região Norte com a maior proporção de moradores com deficiência. Segundo dados da PNAD Contínua Pessoas com Deficiência 2022, o Pará registrou um total de 813 mil pessoas a partir de 2 anos de idade com algum tipo de deficiência, o que representa quase 10% da população paraense – o maior percentual entre os estados da Região Norte.

<sup>8</sup> Disponível em:

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda>>. Acesso em 10 abril 2026.

No Estado do Pará, 8,4% dos entrevistados declararam ter alguma deficiência, sendo que a maior parte dessas pessoas eram mulheres, 450 mil habitantes, ou 53,3% do total das pessoas com deficiência no estado (DIÁRIO DO PARÁ, 2023).

No âmbito municipal, Belém – capital do Estado do Pará e principal polo de serviços da Região Norte – também apresenta contingente expressivo de pessoas com deficiência, tendo, no ano de 2022, a PNAD Contínua apontado no município de Belém a existência de 132 mil pessoas com deficiência, das quais 82 mil eram mulheres, representando 61,8% do total. Do conjunto de habitantes com alguma deficiência residentes no Pará, 14,4% eram responsáveis pelo domicílio (383 mil pessoas), sendo que em Belém essa proporção era de 13,7% (66 mil pessoas) (DIÁRIO DO PARÁ, 2023).

A concentração de 132 mil pessoas com deficiência em Belém – numa população total estimada pelo Censo 2022 do IBGE em aproximadamente 1,55 milhão de habitantes – representa uma proporção em torno de 8,5% da população belenense, alinhada à média nacional, mas inserida em contexto metropolitano marcado por significativas desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade (IBGE, 2023). A Região Metropolitana de Belém, que congrega municípios como Ananindeua, Marituba, Benevides e Castanhal, concentra a maior parte da infraestrutura de saúde suplementar do Estado do Pará.

Quando passamos à análise da prestação de serviços de saúde destinados às Pessoas com Deficiência, em termos quantitativos, o setor de planos de saúde registrou crescimento contínuo ao longo de 2025, encerrando o exercício com expressivos números de beneficiários em suas duas segmentações: segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em dezembro de 2025, o setor totalizou 53.180.646 usuários em planos de assistência médica e 35.581.920 beneficiários em planos exclusivamente odontológicos – resultados que consolidaram novo patamar histórico de cobertura para o setor (ANS, 2026a).

Conforme dados da ANS (2026b), os planos médico-hospitalares apresentaram crescimento de aproximadamente 1,4 milhão de beneficiários entre outubro de 2024 e outubro de 2025. No acumulado de doze meses encerrado em dezembro de 2025, foram registradas 15.679.007 adesões e 14.512.646 cancelamentos em planos de assistência médica, resultando em taxa de rotatividade anual de 27,90%. Esse crescimento sustentado indica expansão do setor suplementar acima da dinâmica demográfica, ainda que a cobertura permaneça assimétrica entre regiões e grupos populacionais.

O tipo de contratação mais presente é o plano coletivo empresarial, cuja participação alcançou 73,1% do total de beneficiários em planos de assistência médica em fevereiro de 2026, ante 72,1% registrado no mesmo mês do ano anterior, sinalizando concentração crescente dessa modalidade em detrimento dos planos individuais ou familiares (ANS, 2026b). Essa configuração estrutural do mercado é determinante para a análise do acesso das pessoas com deficiência: considerando que esse grupo apresenta taxas de informalidade e desemprego significativamente superiores à média da população geral, a via preferencial de acesso ao sistema suplementar – o plano coletivo empresarial – lhes é, em grande medida, estruturalmente vedada.

A taxa nacional de cobertura de planos de saúde situa-se em torno de 25%, o que significa que aproximadamente três em cada quatro brasileiros dependem exclusivamente do SUS para a satisfação de suas necessidades sanitárias (ANS, 2026a).

No Estado do Pará, os dados disponíveis no Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS) e na Sala de Situação da agência reguladora indicam cobertura expressivamente inferior à média nacional. Em Belém, capital do estado e principal polo de concentração de operadoras e beneficiários, estima-se que o mercado de planos de saúde absorve parcela relevante da população, embora os dados específicos por município desagregados por faixa etária e condição de deficiência não estejam publicamente disponíveis em formato que permita análise detalhada imediata (ANS, 2026a).

As informações consolidadas pelo ANS TABNET permitem afirmar que Belém concentra a maior parte dos vínculos de beneficiários do Pará, dado o seu papel como centro metropolitano e polo prestador de serviços de saúde de alta complexidade para toda a região amazônica. Além disso, a taxa de cobertura em Belém, considerada a população estimada do município em conjunto com os dados da Região Metropolitana, guarda correlação com o padrão estadual de aproximadamente 12%, embora a capital tenda a apresentar índice ligeiramente superior em função da maior concentração de emprego formal e infraestrutura de operadoras. Ainda assim, esse patamar revela que significativa parcela da população belenense – incluindo pessoas com deficiência – permanece dependente exclusivamente do SUS (ANS, 2026a).

O mercado de saúde suplementar em Belém é composto por um conjunto diversificado de operadoras, com destaque para quatro atores principais que dominam a maior parte dos vínculos de beneficiários no município e na Região Metropolitana.

A UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – registrada na ANS sob o código 30397-6 – é a operadora de maior tradição no mercado local, contando com aproximadamente 249.960 beneficiários, ampla rede credenciada e abrangência que contempla municípios como Ananindeua, Barcarena, Benevides, Castanhal, Igarapé-Miri, Moju e Santa Isabel do Pará, além da capital. Integrante do maior sistema cooperativista de saúde do país, com 345 cooperativas e mais de 115 mil médicos cooperados em âmbito nacional, a Unimed Belém ocupa posição de referência no segmento premium do mercado local (ANS, 2026a).

A HAPVIDA NOTREDAME (HAPVIDA), por sua vez, posiciona-se como principal alternativa de custo-benefício no segmento popular, com modelo de rede própria verticalizada que inclui, em Belém, dois hospitais próprios (Hospital Rio Mar e Hospital Layr Maia), além de unidades de pronto-atendimento e clínicas especializadas. Com 15,8 milhões de beneficiários em escala nacional, a Hapvida consolidou presença crescente no mercado belenense, competindo diretamente com a Unimed Belém, especialmente no segmento de planos coletivos empresariais de preço mais acessível (ANS, 2026a).

Ao lado dos atores privados do mercado suplementar, dois institutos públicos de assistência à saúde desempenham papel relevante na cobertura da força de trabalho vinculada ao setor público no âmbito do Estado do Pará e do Município de Belém, constituindo camada adicional de acesso à saúde fora do SUS para parcela expressiva da população local.

O Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado do Pará (IASSEP), autarquia do Governo do Estado criada originalmente sob a denominação de Montepio dos Funcionários do Estado pela Lei Estadual nº 414/1896 e reestruturada em sua configuração atual pela Lei nº 7.290/2009, regulamentada pela Lei nº 6.439/2002 e suas alterações, é responsável pela assistência à saúde dos servidores públicos estaduais ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes, com cobertura que se estende aos 144 municípios paraenses (IASSEP, 2025a). A base de segurados do instituto, que contava com 192.539 beneficiários cadastrados em 2023, cresceu de forma contínua nos anos subsequentes, superando a marca de 200 mil segurados em 2025, com referências institucionais mais recentes apontando para

uma base de mais de 214 mil beneficiários em todo o Estado (AGÊNCIA PARÁ, 2025a; IASEP, 2025b). Em Belém, onde se concentra a maior parcela dos servidores estaduais ativos, o instituto estimava aproximadamente 120 mil segurados aptos ao registro no sistema biométrico implantado em 2025, o que evidencia a expressividade da base belenense no conjunto do plano (AGÊNCIA PARÁ, 2025b). O IASEP não é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, operando sob regime jurídico de direito público estadual, o que implica ausência de obrigatoriedade de reporte ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS) e, conseqüentemente, a inexistência de qualquer desagregação de sua base segundo a condição de deficiência dos segurados (IASEP, 2025c).

O Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Belém (IASB), por sua vez, foi criado pela Lei Municipal nº 9.286, de 26 de junho de 2017, como órgão da administração indireta da Prefeitura Municipal de Belém, com a missão de resguardar a saúde dos trabalhadores do serviço público municipal (BELÉM, 2017). Por meio do Plano de Assistência Básica à Saúde e Social (PABSS), o instituto atende atualmente cerca de 30 mil pessoas entre segurados e dependentes, oferecendo assistência médico-odontológica, ambulatorial e hospitalar, laboratorial, psicológica, fisioterápica, fonoaudiológica, de enfermagem e terapia ocupacional, prestados diretamente ou por intermédio de rede credenciada (IASB, 2024). À semelhança do IASEP, o IASB opera fora do marco regulatório da ANS, o que o exime de qualquer obrigação de registro da condição de deficiência de seus beneficiários nos sistemas nacionais de informação em saúde suplementar.

Considerados em conjunto, o IASEP e o IASB representam uma camada intermediária de cobertura de saúde – entre o SUS e o mercado privado regulado – que abrange parcela relevante dos servidores públicos e seus dependentes em Belém e no Pará. Contudo, a ausência de dados desagregados por condição de deficiência em ambos os institutos réplica, no âmbito público-administrativo, a mesma lacuna informacional que caracteriza o setor suplementar privado regulado pela ANS, aprofundando o quadro de invisibilidade estatística das pessoas com deficiência no conjunto dos sistemas de saúde não-SUS.

A despeito da relevância quantitativa e qualitativa da população com deficiência – estimada, como visto, em 18,6 milhões de pessoas no Brasil, 813 mil no Pará e 132 mil em Belém –, a Agência Nacional de Saúde Suplementar não disponibiliza, em seus sistemas

públicos de informação (ANS TABNET e Sala de Situação), dados desagregados sobre beneficiários de planos de saúde segundo a condição de deficiência. O Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), principal base de dados setorial, coleta variáveis cadastrais como sexo, faixa etária, modalidade contratual e localização geográfica, mas não contempla, em seus campos obrigatórios de registro, a condição de deficiência dos beneficiários (ANS, 2026a).

Essa ausência não é um mero dado técnico-administrativo: ela constitui um problema informacional de primeira grandeza, com implicações jurídicas, regulatórias e de políticas públicas. Do ponto de vista jurídico, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) – consagra o direito à saúde das pessoas com deficiência em caráter integral, com acesso às mesmas opções e à mesma qualidade de serviços de saúde oferecidos às demais pessoas (BRASIL, 2015). A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, internalizada com status de emenda constitucional pelo Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, reafirma em seu artigo 25 o direito dessas pessoas ao gozo do mais elevado padrão possível de saúde, sem discriminação (BRASIL, 2008). A impossibilidade de aferir, com precisão, quantas pessoas com deficiência integram o sistema de saúde suplementar e em que condições o fazem compromete a capacidade do Estado de fiscalizar o cumprimento desses mandamentos normativos pelas operadoras.

A lacuna informacional adquire contornos ainda mais graves quando se considera o perfil socioeconômico desse grupo: com maior taxa de informalidade, menor renda média e elevada prevalência entre idosos, as pessoas com deficiência reúnem as condições mais desfavoráveis para a contratação de planos de saúde individuais ou para o acesso via vínculo empregatício formal. Em Belém e no Estado do Pará, onde esses indicadores são ainda mais adversos do que a média nacional – com informalidade de 75,8% entre pessoas com deficiência no estado e 65,7% na Região Metropolitana de Belém –, a probabilidade de que esse grupo esteja sub-representado na saúde suplementar e sobrerrepresentadas na demanda ao SUS é elevada (DIÁRIO DO PARÁ, 2023).

Do ponto de vista crítico, a ausência de dados específicos sobre a intersecção entre deficiência e saúde suplementar pode ser lida como expressão de uma lógica de invisibilidade estatística que historicamente acompanha os grupos em situação de vulnerabilidade. Em

outras palavras, se esses dados não são investigados, não há ingerência, não há gerência, o que, por conseguinte, tende a reproduzir as assimetrias existentes. A omissão informacional do sistema regulatório contribui, portanto, para perpetuar a desigualdade de cobertura, na medida em que impede a formulação de políticas específicas de incentivo à inclusão das pessoas com deficiência na saúde suplementar, bem como a fiscalização efetiva de eventuais práticas discriminatórias de seleção adversa por parte das operadoras.

A construção de um sistema de informações que permita identificar, qualificar e monitorar o acesso das pessoas com deficiência aos planos de saúde – tanto em escala nacional quanto nos recortes estadual e municipal – é condição necessária, ainda que não suficiente, para que se possa avançar em direção à concretização dos direitos constitucionalmente assegurados a esse segmento da população. Em Belém, cidade que concentra a maior parte da infraestrutura de saúde suplementar do Pará e que abriga expressivo contingente de pessoas com deficiência, essa lacuna se traduz em hipossuficiência informacional estrutural, com potencial de perpetuar desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade para um grupo que já experimenta, em múltiplas dimensões da vida social, os efeitos acumulados da exclusão.

## CAPÍTULO IV METODOLOGIA E INSTRUÇÃO PROBATÓRIA DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO

Este capítulo unifica a descrição dos procedimentos metodológicos adotados pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde com o inventário das provas produzidas ao longo dos trabalhos investigativos. A consolidação evita a duplicação da narrativa sobre oitivas, requisições e audiências que anteriormente figurava em capítulos distintos, conferindo maior coesão ao relatório e facilitando a compreensão do itinerário probatório percorrido pela Comissão.

A instrução probatória da CPI dos Planos de Saúde observou os princípios do contraditório, da ampla defesa, da publicidade dos atos e da busca da verdade real, em conformidade com o art. 58, § 3º, da Constituição Federal, com a Lei n.º 1.579/1952 (Lei das CPIs) e com o Regimento Interno desta Casa Legislativa.

Para tanto, os trabalhos da CPI foram estruturados em três fases sequenciais e interdependentes, concebidas para assegurar rigor metodológico na coleta, organização e análise das informações.

### **4.1. ETAPA I – PLANEJAMENTO**

A Fase I compreendeu as providências iniciais de instalação da Comissão e a estruturação do Plano de Trabalho que norteou toda a instrução subsequente. As principais atividades foram a **ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO, COM DEFINIÇÃO DOS EIXOS TEMÁTICOS DE INVESTIGAÇÃO, DOS AGENTES A SEREM CONVOCADOS E DOS DOCUMENTOS A SEREM REQUISITADOS.**

Conforme consignado na **ATA DA 2ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**, em **30 DE OUTUBRO DE 2025**, a relatora da CPI encaminhou o **REQUERIMENTO N.º01/2025**, no qual requereu a deliberação e aprovação, na forma regimental, do Plano de Trabalho da Comissão Parlamentar de Inquérito com a definição dos objetivos da investigação, metodologia de atuação, cronograma estimado dos trabalhos, relação de órgãos requisitados e informações a serem

solicitadas, em conformidade com o objeto delineado no ato de sua instituição e com observância às normas regimentais aplicáveis.

Na oportunidade, a Comissão deliberou e aprovou por unanimidade, o encaminhamento de ofício requisitando informações e documentos necessários aos seguintes órgãos, tendo sido gerados números de protocolos visando assegurar a adequada apuração dos fatos e a formação de juízo técnico consistente por parte da Comissão:

ÓRGÃO	SOLICITAÇÃO
<b>MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ – MPPA</b> <b>GEDOC N.º167266/2025</b>	Informações detalhadas e cópias de procedimentos instaurados pelo órgão ministerial, instaurados, em curso ou concluídos, abrangendo os últimos 2 (dois) anos, que tratem da atividade de Operadoras de Planos de Saúde e Institutos Públicos de Assistência à Saúde no Município de Belém, incluindo notícias de fato, peças de informação, procedimentos preparatórios, inquéritos civis, reclamações, eventuais arquivamentos, recomendações, notas técnicas, pareceres, relatórios, memorandos, ofícios expedidos, bem como demandas judiciais ajuizadas e procedimentos administrativos instaurados, além dos autos integrais do Inquérito Civil n.º06.2023.00000532-6/MPPA
<b>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ – TJPA</b> <b>SEI N.º0046087-92.2025.8.14.0900</b>	Levantamento de ações judiciais e medidas liminares envolvendo operadoras de planos de saúde públicas e privadas, com foco em terapias destinadas a pessoas com deficiência, abrangendo o período dos últimos 2 (dois) anos
<b>DIRETORIA DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR – PROCON/PA</b>	Levantamento detalhado em formato de relatório técnico e estatístico, referente aos últimos 2 (dois) anos, contendo informações, dados e indicadores acerca de reclamações, representações, processos administrativos e demais registros de demandas de consumidores/usuários com deficiência (PcD) contra operadoras de planos de saúde com atuação no Município de Belém, com abordagem minuciosa e segmentada conforme objeto desta Comissão
<b>DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ – DPE/PA</b> <b>PAE N.º2025/35846282</b>	Informações e documentos relativos a demandas de consumidores contra operadoras de planos de saúde no município de Belém, com levantamento técnico e estatístico detalhado dos últimos 2 (dois) anos, contendo dados, indicadores, reclamações, representações, processos administrativos e demais registros de demandas de consumidores/usuários com deficiência (PcD), organizado de modo segmentado e compatível com o objeto de investigação da Comissão

De todos os documentos e informações solicitados, apenas a DIRETORIA DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR – PROCON/PA não realizou o encaminhamento das informações solicitadas por esta Comissão.

Ainda, foi estabelecido, sem divergência, o prazo de 15 (quinze) dias corridos para o recebimento das respostas aos ofícios expedidos, a fim de que, ato contínuo, tenha início a fase de análise documental e convocação, tendo, ao fim, deliberado pela fixação das reuniões da CPI às quartas-feiras, imediatamente após Sessões Plenárias.

#### **4.2 ETAPA II – INSTRUÇÃO PROBATÓRIA**

A Fase II constituiu o núcleo operacional dos trabalhos da CPI, abrangendo todos os mecanismos formais de produção de provas admitidas em direito. Foram empregados os seguintes instrumentos:

- 1) OITIVA DE REPRESENTANTES DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS, OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E FAMILIARES-USUÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE**
- 2) ANÁLISE DE DECISÕES JUDICIAIS E MANIFESTAÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO RELATIVAS AO OBJETO DA INVESTIGAÇÃO.**
- 3) FORMULÁRIO ELETRÔNICO APLICADO ÀS FAMÍLIAS DE USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, COM ESPECIAL RECORTE SOBRE BENEFICIÁRIOS PCD QUE ACESSAM SERVIÇOS DE TERAPIA E REABILITAÇÃO;**
- 4) REQUISIÇÕES DE DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES EM CONSONÂNCIA COM O PODER INSTRUTÓRIO DAS COMISSÕES PARLAMENTARES DE INQUÉRITO;**

A utilização dos instrumentos elencados na Fase II mostra-se necessária para assegurar uma investigação abrangente, consistente e juridicamente fundamentada, em consonância com os poderes instrutórios das CPIs.

A oitiva de representantes de órgãos públicos, operadoras e familiares-usuários permite a coleta de depoimentos diretos, possibilitando o confronto de informações e a compreensão concreta dos impactos das condutas investigadas, especialmente sobre pessoas com deficiência. Além disso, a análise de decisões judiciais e manifestações do Ministério Público requeridas ao início dos trabalhos desta CPI contribui para identificar padrões de

judicialização, teses jurídicas recorrentes e possíveis práticas abusivas, além de qualificar tecnicamente a investigação.

O formulário eletrônico aplicado às famílias apresentado pela relatora **NAY BARBALHO** viabiliza a obtenção de dados empíricos em larga escala, ampliando a participação social e permitindo a identificação de padrões de negativa de cobertura e dificuldades de acesso a tratamentos.

Por fim, as requisições de documentos e informações solicitadas ao longo dos trabalhos realizados por esta Comissão Parlamentar de Inquérito são essenciais para garantir acesso a elementos objetivos, como contratos e protocolos, assegurando base probatória sólida. Em conjunto, tais instrumentos proporcionam uma apuração plural e rigorosa, articulando diferentes fontes de prova e conferindo maior legitimidade e robustez às conclusões da Comissão.

#### **4.3. FASE III – ANÁLISE DOS ACHADOS DA CPI**

A Fase III correspondeu à etapa de consolidação dos trabalhos da Comissão, voltada à sistematização do acervo probatório produzido, à análise jurídica e técnica dos fatos apurados e à formulação das conclusões que fundamentam o presente Relatório Final.

Nesse momento, procedeu-se à organização estruturada das informações, por meio da elaboração de quadros analíticos por operadora investigada, nos quais foram correlacionados ao longo deste relatório final, permitindo uma visão integrada e comparativa das condutas examinadas.

Também promoveu-se a identificação de ilícitos, irregularidades e omissões, acompanhada da proposição de encaminhamentos e recomendações destinadas aos órgãos competentes, visando à correção das falhas constatadas e à prevenção de novas ocorrências.

Por fim, foi elaborada a minuta do presente Relatório Final, submetida à revisão técnica e à deliberação dos membros da Comissão, consolidando, de forma sistemática e fundamentada, os resultados alcançados ao longo da investigação.

**CAPÍTULO V**  
**DA OITIVA DOS REPRESENTANTES DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS, OPERADORAS**  
**DE PLANOS DE SAÚDE E FAMILIARES/USUÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE**

Procedeu-se à realização de oitivas no âmbito da Comissão Parlamentar de Inquérito, com a participação de representantes de órgãos públicos, de operadoras de planos de saúde, bem como de familiares e usuários dos respectivos serviços, regularmente convocados para prestar esclarecimentos acerca dos fatos sob investigação, em consonância com deliberação constante das **ATAS DE REUNIÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**.

Ressalte-se que os relatos e depoimentos ora consignados correspondem, fielmente, às manifestações prestadas nas datas em que efetivamente ocorreram as respectivas oitivas, observando-se a ordem cronológica dos eventos e a fidedignidade das informações colhidas ao longo da instrução, conforme segue:

**5.1 DA OITIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ – MPPA**

<b>ATA DA 6ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO</b>		
<b>Data</b>	<b>Depoente</b>	<b>Qualificação</b>
13 de Março de 2026 (Manhã)	Alexandre Batista dos Santos Couto Neto	Promotor de Justiça – MPPA 1ª Promotoria de Justiça do Consumidor
	Socorro Maria Pereira Gomes dos Santos	Promotora de Justiça – MPPA 2ª Promotoria de Justiça do Consumidor

Conforme consta na **ATA DA 6ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**, em **13 DE MARÇO DE 2026** foi realizado a oitiva do(s) representantes do Ministério Público do Estado do Pará – MPPA, Sr. **ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS COUTO NETO**, Promotor de Justiça lotado na **1ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DO CONSUMIDOR** e da Sra. **SOCORRO MARIA PEREIRA GOMES DOS SANTOS**, Promotora de Justiça lotada na **2ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DO CONSUMIDOR**, que ocorreu de forma remota aos quais foram ouvidos pelos membros da Comissão, aos quais estavam presentes no dia.

O Dr. **ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS COUTO NETO**, Promotor de Justiça do Consumidor (1ª Promotoria), apresentou relevante panorama acerca da atuação ministerial no controle das operadoras de planos de saúde. Informou que a Promotoria possui, atualmente, 27 ações judiciais em tramitação contra planos de saúde, sendo que, dentre essas, 4 envolvem pessoas com transtorno do espectro autista. Destacou, ainda, que a Unimed Belém figura como a operadora mais demandada, em razão de sua expressiva participação no mercado local, com mais de 250 mil beneficiários e faturamento superior a R\$ 2 bilhões.

No âmbito extrajudicial, relatou a existência de procedimento investigativo instaurado em face da referida operadora, voltado à apuração de sua relação com clínica própria, bem como procedimento em desfavor da Hapvida, motivado por condições estruturais inadequadas de unidade localizada no bairro do Chaco, cuja vistoria constatou a inviabilidade de funcionamento, encontrando-se em curso tratativas para eventual interdição ou readequação do espaço.

Como caso emblemático, o Promotor de Justiça mencionou a recusa indevida, por parte de plano de saúde vinculado ao Hospital Adventista (Pro-Asa), em firmar contrato com jovem autista, sem fundamento legal, situação que ensejou o ajuizamento de ação civil, na qual foi obtida decisão liminar garantindo a adesão da usuária ao plano. No tocante à atuação judicial, destacou elevado índice de êxito, com deferimento integral das demandas sob sua responsabilidade, ressaltando pontuais situações de morosidade processual, sem prejuízo aos resultados.

Quanto à estratégia institucional, salientou que a via conciliatória permanece prioritária, inclusive com a possibilidade de articulação conjunta com outros membros do Ministério Público para tratamento de demandas semelhantes, reservando-se o ajuizamento de ações coletivas – mais complexas e morosas – para hipóteses em que não haja composição até o final do exercício. Ressaltou, por outro lado, que casos individuais de urgência, especialmente aqueles que envolvem risco à vida, são imediatamente judicializados.

Esclareceu, ainda, que os planos de autogestão, como GEAP, IASEP e IASB, não se submetem ao Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula 608 do STJ, situando-se fora da atribuição da Promotoria do Consumidor. Por fim, enfatizou que, embora regidos pela lógica da livre iniciativa, os planos de saúde exercem atividade de natureza pública, sujeita à regulação estatal, não podendo invocar tal princípio para justificar negativa

de cobertura, sendo o lucro permitido, porém submetido a controle, em distinção a atividades econômicas estritamente privadas.

Procedeu-se ainda, à oitiva da Dra. **SOCORRO DE MARIA**, Promotora de Justiça integrante da mesma Promotoria, a qual, não obstante tenha assumido suas funções há menos de três meses, destacou possuir experiência consolidada na área da saúde pública, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com atuação voltada à proteção de idosos e menores. Em sua manifestação, ressaltou a necessidade de que os trabalhos desta Comissão Parlamentar de Inquérito sejam conduzidos sob perspectiva ampla e equilibrada, contemplando não apenas a atuação das operadoras de planos de saúde, mas também a conduta das clínicas prestadoras de serviços.

Nesse contexto, informou a existência de procedimento investigativo em curso, com aproximadamente 2.000 laudas, no qual foram identificadas irregularidades relevantes, tais como: realização de atendimentos por estagiários sem a devida supervisão profissional; cobrança de atividades recreativas como sessões terapêuticas; aumento expressivo no número de sessões por paciente, sem comprovação de evolução clínica, sugerindo possível superfaturamento; recusa de clínicas em firmar aditivos contratuais destinados à regularização do fluxo assistencial; realização de atendimentos domiciliares sem previsão contratual; e ausência do Plano Terapêutico Singular – PTS, instrumento de elaboração obrigatória. Ressaltou, ainda, que a garantia de direitos deve observar critérios técnicos e mecanismos de controle, sob pena de comprometimento da universalidade do atendimento, com eventual concentração de recursos em detrimento de outros usuários. Por fim, consignou que a atuação do Ministério Público não se limita à judicialização, priorizando soluções estruturais e consensuais, destacando que a presente Comissão contribui para o aprimoramento institucional ao fomentar o debate público e a atuação coordenada dos órgãos envolvidos.

## **5.2 OITIVA DOS REPRESENTANTES DO COLETIVO “O PLANO É SER RESPEITADO”**

<b>ATA DA 7ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO</b>	
<b>Data</b>	<b>Representantes de Família/Vítimas das Operadoras de Planos de Saúde</b>
13 de Março de 2026	Representantes do Coletivo “O Plano é Ser Respeitado”

ATA DA 7ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE  
INQUÉRITO

(Tarde)

Conforme consta na **ATA DA 7ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**, em **13 DE MARÇO DE 2026** foi realizado a oitava do(s) representantes do coletivo “O Plano é Ser Respeitado”, que congrega aproximadamente 500 famílias de neurodivergentes e Pessoas com Deficiência (PCDs), os quais puderam compartilhar suas experiências e desafios com os planos de saúde.

Antes de iniciar a oitava, os representantes solicitaram formalmente que a CPI mantenha a participação ativa das famílias nas próximas etapas dos trabalhos, garantindo a presença contínua da sociedade civil.

Além disso, os representantes do coletivo destacaram a luta contínua do grupo há pelo menos três anos contra as práticas abusivas dos planos de saúde, ressaltando que a prática de exigir pré-avaliações mesmo quando já existem laudos e receitas médicas válidos, *“causa mais transtornos, causando problemas psicológicos nos cuidadores, nas mães principalmente”*

Em um dos relatos obtidos e consignados nas gravações desta CPI, um pai atípico, beneficiário da operadora de saúde UNIMED BELÉM, descreveu a dificuldade em conseguir atendimento especializado para sua filha: “Uma solicitação de consulta com endocrinologista, feita em janeiro, só foi encaminhada em abril, e para um clínico geral, não o especialista solicitado.”

Após mais de um ano em uma lista de espera sem retorno, o responsável precisou recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde o diagnóstico de puberdade precoce foi confirmado, apesar de pagar o plano de saúde.

O representante do coletivo também relatou o cancelamento unilateral de tratamento pela UNIMED BELÉM, que enviou um e-mail diretamente à clínica, sem comunicar a família, rompendo um vínculo terapêutico de seis anos. Ante à pressão psicológica e financeira é severa, o mesmo relata que teve de utilizar o FGTS bloqueado para custear terapias particulares.

Houve críticas, por parte dos representantes, acerca da baixa remuneração oferecida pela UNIMED BELÉM às clínicas credenciadas, que chega a R\$ 27,00/hora, o que “*degrada a qualidade dos serviços*”.

Os membros do Coletivo solicitaram que a CPI convoque os planos de saúde como investigados, com uma postura firme, e prepare perguntas com respostas antecipadas para confrontar os argumentos usuais das operadoras.

Seguindo para outro relato, a representação de uma família em que todos os membros que compõem o seio familiar, todos beneficiários da Unimed há 20 anos, compartilhou relatos impactantes. Ela descreveu ter sofrido violência obstétrica durante o parto, sendo sedada sem o acolhimento adequado para sua condição autista, tendo ainda, relatado que um dos filhos ter tido o seu tratamento negado por cinco fonoaudiólogos da UNIMED BELÉM, tendo o diagnóstico sido concluído pelo SUS aos seis anos, resultando em “prejuízos irreparáveis pela ausência de intervenção precoce”

A família, composta por quatro neurodivergentes, lida com 15 doses de remédios controlados por dia e 40 horas de terapia por semana, pulverizadas em clínicas em diferentes bairros, tornando a logística de acompanhamento impossível. A mãe teve sua própria terapia encaminhada para uma cidade distante, e ao recusar, o protocolo foi cancelado unilateralmente. Ela relatou uma crise sensorial na sede da Unimed, que foi confundida com agressão por um segurança, levando-a à Delegacia da Mulher. Os gastos com remédios controlados chegam a quase R\$ 2.000,00 mensais, além do plano. A mãe mencionou autolesões involuntárias devido à sobrecarga e falta de atenção, questionando enfaticamente: “Quem cuida de quem cuida?”

Em resposta, os membros escutados, a relatora da CPI, Vereadora **NAY BARBALHO** propôs o envio de um formulário com mais de 20 perguntas às famílias para subsidiar o relatório final. Em seguida, o Presidente da CPI, Vereador **ANDRÉ MARTHA** apoiou a iniciativa do formulário e destacou que os planos estão sendo ouvidos como investigados, e não em uma audiência pública comum. Ao fim, a Vice-Presidente da CPI, Vereadora **ÁGATHA BARRA** sugeriu a presença de representantes das famílias quando os planos forem convocados e informou sobre a apresentação de um projeto de lei, "Cuidando de Quem Cuida", que visa dar prioridade de atendimento psicológico a cuidadores de PCDs.

**5.3 OITIVA DE REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO PÚBLICO, DA DIRETORIA DE DEFESA DO CONSUMIDOR – PROCON E SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS – SEFIN**

ATA DA 8ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO		
Data	Depoente	Qualificação
23 de Março de 2026 (Manhã)	Franklin Lobato Prado	Promotor de Justiça – MPPA 1º Promotoria de Justiça de Defesa das Pessoas com Deficiência e dos Idosos e de Acidentes de Trabalho
	Gareza Caldas de Moraes	Diretora de Proteção e Defesa do Consumidor – PROCON/PA
	Marcos Rodrigues de Matos	Secretaria Municipal de Finanças – SEFIN Secretário Municipal de Finanças

Conforme consta na **ATA DA 8ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**, em **23 DE MARÇO DE 2026** foi realizada a oitiva de representantes do Ministério Público do Estado do Pará, Sr. **FRANKLIN LOBATO PRADO**, Promotor de Justiça lotado na 1ª **PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS E DE ACIDENTES DE TRABALHO**, da representante da **DIRETORIA DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR – PROCON/PA**, Sra. Diretora **GAREZA CALDAS DE MORAES**, tendo ocorrido de forma remota aos que foram ouvidos pelos membros da Comissão, aos quais estavam presentes no dia.

Ainda, no mesmo dia, ocorreu a oitiva do representante da Secretaria Municipal de Finanças – SEFIN, Sr. **MARCOS RODRIGUES DE MATOS**, ao qual compareceu presencialmente nas dependências da Câmara Municipal de Belém, tendo a oitiva ocorrida também de forma remota pelos membros desta CPI.

No curso das oitivas realizadas por esta Comissão Parlamentar de Inquérito, o Promotor de Justiça, Sr. **FRANKLIN LOBATO PRADO** destacou a necessária delimitação das atribuições institucionais das Promotorias de Justiça, consignando que compete à Promotoria do Consumidor a atuação em procedimentos e processos judiciais e extrajudiciais que envolvam relações de natureza consumerista. Na oportunidade, manifestou preocupação

com a situação de pessoas excluídas dos planos de saúde, ressaltando, contudo, que a atuação nesses casos deve observar os limites das atribuições legais de cada órgão ministerial.

Em sua exposição, abordou, ainda, a problemática estrutural relacionada à insuficiência de vagas para acolhimento de pessoas idosas, informando a existência de ações civis públicas já ajuizadas sobre a matéria, bem como a preparação de nova demanda judicial com o mesmo objeto. Destacou que o Município dispõe de número limitado de instituições de longa permanência, o que tem ensejado respostas reiteradamente negativas aos pleitos por acolhimento, em razão da inexistência de vagas disponíveis. Não obstante tal cenário, salientou que há entendimento doutrinário e jurisprudencial consolidado no sentido de que o Poder Público pode ser compelido, inclusive por meio de ação civil pública, a assegurar o atendimento necessário, ainda que mediante custeio direto pelo erário. Por fim, propôs a adoção de medidas estruturantes, especialmente a ampliação da rede de acolhimento institucional, com a criação de novas instituições de longa permanência, mediante articulação com o Poder Executivo municipal, como forma de garantir maior efetividade na proteção dos direitos da população idosa.

No curso das oitivas realizadas no dia, houve a escuta da Diretora do PROCON/PA, Sra. **GAREZA CALDAS DE MORAES**, a qual apresentou dados relativos às reclamações registradas no âmbito do órgão, informando que “no ano de 2026, nós já recebemos três reclamações referentes a negação de serviço, de consulta e exame de cirurgia e um cancelamento sem aviso prévio”.

Destacou ainda, a predominância de demandas envolvendo determinadas operadoras, destacando que grande parte das reclamações realizadas pelas instituições cujo objeto são operadoras de planos de saúde público e privados, “80% da reclamação, então, é da Unimed”.

Na oportunidade, a representante do órgão de defesa do consumidor teceu críticas à conduta adotada por operadoras de planos de saúde, asseverando que “a forma como eles estão operando é uma forma tão abusiva que eu acredito que, se a gente realmente não tomar providências em relação à isso, a gente não vai conseguir gerar esses números”. Ressaltou, ainda, a existência de entendimento consolidado no âmbito judicial e regulatório, ao afirmar que “já tem uma decisão do STJ, referendado pela ANS, que não pode negar e, muito menos, limitar o número de terapia para as pessoas neurodivergentes”, evidenciando a ilegalidade de determinadas práticas adotadas pelas operadoras.

Ao fim final da reunião de oitavas, esta CPI realizou oitiva com o secretário de Finanças do Município de Belém (SEFIN), Secretário **MARCOS RODRIGUES DE MATOS**, com o objetivo de verificar a possibilidade de contribuição da secretaria nas investigações sobre negativas deliberadas de planos de saúde. A convocação partiu da suspeita de que as operadoras de saúde que atuam no município possam estar inadimplentes com o erário municipal, o que contradiz a alegação recorrente dos planos de que negativas de cobertura se justificam por inviabilidade financeira.

O secretário esclareceu que o sigilo fiscal, garantia prevista na Constituição Federal e no Código Tributário Nacional, impede o fornecimento de informações individualizadas de contribuintes sem autorização judicial ou requisição formal da CPI. Destacou ainda que mesmo dados agregados por setor poderiam configurar “quebra indireta de sigilo”, dado o número reduzido de grandes operadoras no município, o que permitiria a identificação dos contribuintes.

Como único caminho viável sem essa quebra, indicou a dívida ativa, cujos valores podem ser divulgados por expressa permissão legal, ressalvando, porém, que tais valores tendem a representar "apenas a ponta do iceberg" da inadimplência real, uma vez que parte dos débitos pode estar sob disputa judicial com recolhimento reduzido.

Ao final, a presidência da CPI deliberou pelo encaminhamento de dois ofícios à SEFIN: um solicitando o levantamento dos débitos inscritos em dívida ativa dos planos de saúde, e outro requerendo um panorama simplificado do setor, condicionado à análise jurídica da secretaria e, se necessário, da Procuradoria-Geral do Município (PGM), tendo o secretário da SEFIN se colocado à disposição para colaborar dentro dos limites legais, reconhecendo a relevância do trabalho da CPI para a garantia do direito à saúde da população de Belém.

#### **5.4 OITIVA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ – DPE/PA E DO COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ**

<b>ATA DA 9ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO</b>		
<b>Data</b>	<b>Deponente</b>	<b>Qualificação</b>
26 de Março de 2026 (Manhã)	Cássio Bitar Vasconcelos	Defensor Público do Estado do Pará Coordenador do Núcleo de Defesa do Consumidor – NUDECON

**ATA DA 9ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**

	Kátia Parente Sena	Desembargadora do Tribunal de Justiça do Estado do Pará Presidente do Comitê Estadual de Saúde do Estado do Pará
--	--------------------	---

Conforme consta na **ATA DA 9ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**, em **26 DE MARÇO DE 2026** foi realizada a oitava de representantes da Defensoria Pública do Estado do Pará – DPE/PA, Sr. **CÁSSIO BITAR VASCONCELOS**, Defensor Público do Estado do Pará estando como Coordenador do **NÚCLEO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – NUDECON**, tendo ocorrido de forma remota aos que foram ouvidos pelos membros da Comissão, aos quais estavam presentes no dia.

Ainda, no mesmo dia, ocorreu a oitava da representante do **COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ**, vinculado ao Tribunal de Justiça do Estado do Pará, Exma. Desembargadora **KÁTIA SENA PARENTE**, ao qual compareceu presencialmente nas dependências da Câmara Municipal de Belém, tendo a oitava ocorrida também de forma remota pelos membros desta CPI.

A oitava do Defensor Público **CÁSSIO BITAR VASCONCELOS** teve por objetivo de compreender o panorama de atuação da instituição frente às operadoras de saúde, especialmente no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência.

O depoente relatou uma mudança no perfil das demandas ao longo dos anos: se antes o foco era a limitação quantitativa de terapias, hoje os problemas mais recorrentes envolvem cobranças abusivas de coparticipação e dificuldades operacionais no atendimento, com destaque para a Unimed Belém, apontada como a operadora com maior número de reclamações.

Entre os casos mais graves relatados, o defensor destacou situações em que operadoras acumularam cobranças de coparticipação em valores superiores ao permitido pela ANS, tornando o plano financeiramente inviável para famílias de baixa renda, conforme trecho da oitava:

"A operadora acumulou os custos da coparticipação para um determinado mês e tornou inviável o pagamento do plano... 'doutor, eu vou ter que cancelar o plano, porque da forma que eles fizeram a cobrança, eu não tenho condições de pagar'."

O relato acima, citado pelo depoente, é de uma mãe que se viu obrigada a cancelar o plano diante da impossibilidade de arcar com os valores cobrados. Além disso, o Defensor Público menciona a vasta existência de denúncias que a sua unidade administrativa possui que estão relacionadas à demora na marcação das sessões, demoras no atendimento com profissionais especializados:

"Não são raras as denúncias que nós temos aqui relacionadas à demora na marcação das sessões, a demora no atendimento com os profissionais especializados, o que me parece uma dificuldade na operacionalização do fluxo... especificamente com a Unimed Belém."

Em diálogo do depoente com os membros da comissão acerca do contexto analisado, permitem inferir que há falhas no credenciamento de clínicas, com indícios de escolha arbitrária que, nas palavras utilizadas durante a sessão, sugerindo "meio que um cerceamento, como se fosse um cartel", impedindo que clínicas qualificadas integrem a rede das operadoras. O defensor reforçou que "a partir do momento que a operadora fecha no seu hall de credenciados clínicas que não fornecem adequadamente aquilo que o usuário precisa", configura-se violação de direitos.

Após a oitiva do Defensor Público, passou-se à oitiva da representante do **COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE**, vinculado do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, Desembargadora **KÁTIA SENA PARENTE**, de forma presencial nas dependências da Câmara Municipal de Belém.

A magistrada contextualizou a origem da judicialização da saúde suplementar, remontando à criação do Fórum Nacional para a Judicialização da Saúde em 2009, e explicou que o Comitê Estadual do Pará – composto por 23 membros, incluindo Defensoria, ANS e sociedade civil – atua no monitoramento de ações judiciais e na prevenção de conflitos. Destacou que, mais recentemente, o comitê tem voltado sua atenção para a saúde suplementar, buscando alinhar competências regulatórias ao cenário dos planos de saúde.

Um dos pontos centrais do debate foi a postura das operadoras nas audiências de conciliação. A relatora, vereadora Nayara Barbalho, relatou que "os planos parecem sempre virem de forma reativa", terceirizando responsabilidades e frustrando as famílias que buscam resolução extrajudicial, tendo a depoente reconhecido o problema e destacou que o CNJ tem

incentivado as operadoras a adotarem uma cultura de conciliação, além de defender a formação de mediadores especializados em saúde.

Também foi debatida a questão das decisões judiciais baseadas em evidências científicas: a relatora apontou casos de liminares concedidas para tratamentos sem validação científica, enquanto a magistrada explicou o funcionamento do Sistema NATJUS – que fornece subsídios técnicos e científicos para orientar os magistrados em decisões sobre medicamentos e tratamentos.

A oitava evidenciou a complexidade do cenário de judicialização da saúde, agravado por decisões recentes do STJ que determinaram que certos tratamentos "não têm limite", reforçando a necessidade de maior cooperação das operadoras nos processos de mediação e de decisões judiciais mais fundamentadas tecnicamente, de modo a garantir os direitos dos usuários sem comprometer o equilíbrio do sistema de saúde suplementar.

#### **5.5 OITIVA DA UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

<b>ATA DA 10ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO</b>		
<b>Data</b>	<b>Deponente</b>	<b>Qualificação</b>
27 de Março de 2026 (Manhã)	Luciana Paula Valente Monteiro	Representante da operadora Unimed Belém Cooperativa de Trabalho Médico

Conforme consta na **ATA DA 10ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**, em **27 DE MARÇO DE 2026** foi realizada a oitava da Representante da operadora da **UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, Sra. **LUCIANA PAULA VALENTE MONTEIRO**, tendo ocorrido de forma remota e sido ouvidos pelos membros da Comissão, aos quais estavam presentes no dia.

A sessão foi aberta pelo presidente da CPI, que assegurou os direitos constitucionais da convidada e reiterou que o objetivo da comissão não é punitivo, mas voltado à busca de soluções, tendo a depoente agradecido o convite, declarando a disposição da operadora em dialogar.

A relatora, vereadora **NAYARA BARBALHO**, iniciou os questionamentos solicitando dados sobre cancelamentos realizados pela operadora. Em seguida a depoente informou que, em 2025, foram realizados 12.226 cancelamentos contra apenas 5.885

inclusões, justificando que os cancelamentos decorrem de inadimplência ou fraude contratual, tendo reconhecido a não existência de dados sobre quantos desses cancelamentos envolveram pessoas com deficiência, fato que ficou registrado como requerimento formal da CPI.

Sobre a rede de atendimento, a representante da operadora informou que a Unimed ampliou de 5 para 34 clínicas credenciadas entre 2022 e 2025, totalizando 95 pontos de atendimento quando somadas às pessoas físicas. O Centro Corporativo de Terapias Especializadas (CCTE), rede própria da operadora, atende 600 beneficiários, com capacidade operacional já esgotada. A operadora afirmou não utilizar sistemas automatizados ou inteligência artificial nos processos de autorização, que são realizados por equipes humanas.

A relatora questionou a ausência de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) para todos os beneficiários em atendimento nas clínicas credenciadas. Em resposta ao questionamento, a representante da operadora reconheceu que a implementação do PTS ainda não é universal e afirmou ser uma meta da gestão.

“As crianças que estão na rede credenciada, que ainda não tem o plano terapêutico singular, a gente quer construir o plano terapêutico para todas elas. A gente sabe a importância do plano terapêutico.”

Sobre a qualificação profissional das clínicas, informou que há auditorias concorrentes e um departamento de gestão de redes responsável pelo monitoramento, incluindo visitas presenciais e avaliação qualitativa, com planos de migrar para um modelo de remuneração por performance.

A vereadora **ÁGATHA BARRA** questionou o cumprimento dos prazos da ANS – 10 dias úteis para terapias eletivas e 24 horas para urgências –, apresentando dados de plataformas de reclamação que apontam prazo médio de 27 dias nas respostas da Unimed. Em contrapartida, a operadora comprometeu-se a apresentar os dados auditados sobre prazos reais por meio de requerimento formal, tendo sido ressaltado o pedido por parte da vereadora.

O presidente da CPI apontou o problema da demora nas respostas como tão grave quanto as negativas em si, citando o caso de uma beneficiária que aguardava retorno e que até o momento estava sem resposta. Destacou a necessidade de atendimento humanizado para casos de terapias contínuas, onde qualquer tempo de espera representa regressão terapêutica.

Em relação às limitações de sessões terapêuticas para pessoas com deficiência, a Vereadora **ÁGATHA BARRA** expõe ainda:

“Chega a ser desumano, com as crianças que têm que ter uma certa quantidade de carga horária de terapias e isso acaba sendo limitado para que eles consigam atender toda a demanda.”

“Nenhum beneficiário do plano tem culpa ou responsabilidade de qualquer deficiência no atendimento de vocês. O que eles querem é tudo o que foi garantido para eles no contrato.”

Sobre laudos com prescrições de cargas horárias elevadas para maximizar faturamento de clínicas, a presidente reconheceu a existência de casos e confirmou haver registros formais junto ao Ministério Público e à Defensoria Pública do Estado do Pará. A CPI solicitou o encaminhamento desses registros por requerimento, para que as denúncias sejam tratadas como investigação formal e não como justificativa informal para negativas.

Ao encerrar, a depoente reafirmou o compromisso da Unimed Belém com o diálogo e informou sobre a existência de canal exclusivo de atendimento para famílias com beneficiários neurodivergentes, além de um projeto de núcleo de conciliação interno ainda em desenvolvimento.

#### 5.6 OITIVA DA ANS, IASEP, IASB, HAPVIDA, PLANO AMAZÔNIA SAÚDE

ATA DA 11ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO		
Data	Depoente	Qualificação
06 de abril de 2026	Andreza Santos Meneghel	Gerente Operacional Nacional da Hapvida
	Miguel Henrique Ribeiro Alves Junior	Gerente do Plano Amazônia Saúde LTDA
	Marcus Teixeira Braz	Representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
	Andreia Ribeiro Abib	
	Kleyce Stefany do Couto Leite	Representantes do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado do Pará
	Bruna Castro Santa Maria	
Hugo Leonardo Ferreira Lima	Representantes do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Belém	
Danielle Rosa de Souza Penha		

Conforme consta na **ATA DA 11ª REUNIÃO DE DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO**, em **06 DE ABRIL DE 2026** foi realizada a oitava da Gerente operacional Nacional da operadora da **HAPVIDA**

ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A, Sra. **ANDREZA SANTOS MENEGHEL**, representante do **PLANO AMAZÔNIA SAÚDE LTDA**, Sr. **MIGUEL HENRIQUE RIBEIRO ALVES JÚNIOR**, representantes da **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**, Sr. **MARCUS TEIXEIRA BRAZ** e a Sra. **ANDREIA RIBEIRO ABIB**, tendo ocorrido de forma remota e sido ouvidos pelos membros da Comissão, aos quais estavam presentes no dia.

Também foi realizada a oitiva dos representantes do **INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ**, Sra **KLEYCE STEFANY DO COUTO LEITE** e Sra. **BRUNA CASTRO SANTA MARIA**.

Na oportunidade, houve a oitiva presencial dos representantes do **INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE BELÉM**, Sr. **HUGO LEONARDO FERREIRA LIMA** e a Sra. **DANIELLE ROSA DE SOUZA PENHA**, tendo sido realizada nas dependências desta CMB.

A sessão, presidida pelo Vereador André Martha e com a participação virtual da Relatora Vereadora Nayara Barbalho, buscou confrontar as informações da operadora com as recorrentes denúncias de falhas na prestação de serviços.

Durante seu depoimento, a Sra. **ANDREZA DOS SANTOS MENEGHEL** afirmou categoricamente que a Hapvida não realiza “cancelamentos unilaterais” de terapias e que não há “fila de espera para atendimento de terapia”, tendo relatado o seguinte:

“Não, eu desconheço [cancelamentos unilaterais]. Nós temos as nossas clínicas próprias e temos rede de apoio, né? Então, de atendimento, elas estão assistidas.”

Segundo a representante, todos os beneficiários estão “cem por cento assistidos”, e o processo de solicitação e início das terapias é “sistêmico”, iniciando-se via aplicativo e passando por uma “avaliação por teleconsulta” para a montagem do plano terapêutico.

A Hapvida informou que, em Belém, suas unidades próprias realizam uma média de “8 mil sessões executadas por mês”, atendendo aproximadamente “1.300 de TEA” (Transtorno do Espectro Autista). A depoente ressaltou que, caso alguma especialidade não esteja disponível na rede própria, a operadora dispõe de uma “rede de apoio” para garantir o atendimento, afirmando que “elas vão dando suporte para que não falte nada”.

Diante das declarações, a Relatora **NAYARA BARBALHO** solicitou formalmente à operadora de plano de saúde a apresentação de relatórios detalhados de usuários com

deficiência, clínicas credenciadas e os mecanismos de controle e monitoramento desses atendimentos. A insistência da operadora em negar a existência de filas de espera e em afirmar a plena assistência a todos os beneficiários, embora positiva em tese, demanda comprovação documental robusta para ser validada pela CPI.

A Vereadora **ÁGATHA BARRA**, na qualidade de Vice-Presidente desta Comissão, consignou que, no curso da oitava, a representante da HAPVIDA informou que o plano terapêutico de cada beneficiário é definido pelo próprio profissional terapeuta, cabendo à operadora apenas o suporte operacional e de rede. Informou ainda que as sessões de terapia realizadas nas unidades próprias têm duração média de 40 (quarenta) minutos, sendo raras as sessões de 20 (vinte) minutos.

Em relação à estabilidade da rede credenciada, a representante declarou que a operadora não realizou descredenciamento de clínicas desde o ano de 2023, utilizando redes de apoio para suprir eventuais demandas relacionadas à localidade e às especificidades dos usuários.

A Vice-Presidência requereu, ainda, a apresentação de cronograma detalhado de repasses financeiros às clínicas credenciadas, com discriminação de valores por unidade prestadora, como forma de verificar a regularidade dos pagamentos e sua correlação com a manutenção da qualidade assistencial.

Seguindo os trabalhos realizados pela CPI, houve a oitava do gerente administrativo da operadora de saúde **PLANO AMAZÔNIA SAÚDE LTDA**, Sr. **MIGUEL HENRIQUE RIBEIRO ALVES JÚNIOR**, que esteve acompanhado de seu advogado, para prestar esclarecimentos sobre a prestação de serviços a beneficiários com deficiência e neurodivergentes. A oitava, conduzida pelo Presidente Vereador **ANDRÉ MARTHA** e pela Vice-Presidente Vereadora **ÁGATA BARRA**, com a participação virtual da Relatora Vereadora **NAYARA BARBALHO**, buscou compreender a estrutura e os desafios da operadora no atendimento a essa população.

O Sr. **MIGUEL ALVES JÚNIOR** destacou que a Amazônia Saúde, por ser um plano de saúde de menor porte, com aproximadamente “17 mil vidas”, consegue oferecer um atendimento mais personalizado, evitando a impessoalidade de sistemas automatizados.

O depoente afirmou que a operadora não impõe “nenhum tipo de limitação” no número de sessões de terapias, obedecendo à prescrição médica. Contudo, a operadora

admitiu que “não há uma exigência em si de ter o RQE” para neuropediatras, sendo o atendimento realizado por neurologistas habilitados para o público infantil.

Em relação à rede credenciada, a Amazônia Saúde informou possuir “sete clínicas habilitadas hoje para o atendimento de terapia [TEA]” e um total de “aproximadamente, um total de 14 clínicas” para outras terapias na Região Metropolitana de Belém. Sobre os prazos de autorização, o gerente afirmou que a operadora cumpre o prazo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é de “10 dias”, e que, na maioria dos casos, a autorização ocorre “bem antes”.

Um ponto crucial levantado durante a oitava foi a gestão das agendas dos prestadores. O Sr. **MIGUEL ALVES JÚNIOR** declarou: ‘Eu não tenho controle das agendas dos prestadores, isso é a gerência deles, não da operadora. Mas quando o beneficiário nos provoca, a gente intervém.’. Ante a alegação trazida, a sugestão da Vice-Presidente **ÁGATHA BARRA** para o fortalecimento da fiscalização nas clínicas terceirizadas foi aceita pela operadora como uma oportunidade de melhoria.

A Vice-Presidente registrou que o Plano Amazônia Saúde informou possuir apenas 03 (três) neurologistas habilitados para atendimento infantil em sua rede, número considerado insuficiente diante do universo de aproximadamente 5.000 (cinco mil) beneficiários com deficiência cadastrados no plano.

Em relação à judicialização, a operadora declarou existirem apenas 07 (sete) demandas judiciais em andamento, todas relacionadas a atrasos e à distância das clínicas credenciadas, afirmando não haver ações por negativa expressa de atendimento, tendo a Vice-Presidência consignado que esses dados merecem confrontação com as informações do TJPA e do MPPA, especialmente considerando que o Plano Amazônia Saúde obteve o pior indicador regulatório de Garantia de Acesso (IDGA de 0,3017) entre as operadoras avaliadas pela ANS, conforme registrado no Capítulo 8 deste Relatório.

Ainda no curso das oitavas, ocorreu, no mesmo dia, a oitava da **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**, neste ato representada pelo Sr. **MARCOS TEIXEIRA BRAZ** e pela Sra. **ANDREIA RIBEIRO ABIB**, que encontravam-se de forma remota.

Em debate com os membros da Comissão que se faziam presentes, os depoentes informaram que as reclamações de natureza assistencial – especialmente as decorrentes de

negativas de cobertura de procedimentos – constituem a tipologia predominante em todo o Brasil, quadro que se replica no município de Belém.

No que se refere ao descredenciamento de prestadores não hospitalares –como clínicas, laboratórios e consultórios –, foi esclarecido que esses estabelecimentos não necessitam de autorização prévia da ANS para deixar a rede de uma operadora. Contudo, os mesmos relatam duas obrigações são inafastáveis: a comunicação ao beneficiário com antecedência mínima de 30 dias e a substituição por prestador equivalente quanto ao tipo de estabelecimento, aos serviços ofertados e ao município de atendimento, vedando-se, assim, a supressão de prestador sem a devida garantia de continuidade assistencial ao usuário.

Quanto à capacidade de rede, foi informado que, desde 2011, a ANS não realiza avaliação quantitativa de prestadores – não contabilizando, portanto, o número de médicos, leitos ou estabelecimentos por operadora –, em razão do compartilhamento de recursos entre diferentes planos. A conformidade da rede é aferida pelo cumprimento dos prazos máximos de atendimento estabelecidos pela Resolução Normativa n.º 566/2022 (RN 566), cujos prazos variam conforme o tipo de serviço: consultas de especialidades básicas devem ser realizadas em até 7 dias úteis; outras especialidades, em até 14 dias; e terapias como a fonoaudiologia possuem prazos específicos previstos na norma.

É fundamental destacar que tais prazos referem-se à realização efetiva do procedimento, não apenas ao agendamento. Cabe à operadora indicar prestador habilitado dentro do prazo normativo; caso o beneficiário prefira um profissional específico, a agenda deste prevalece, sem prejuízo à obrigação da operadora de oferecer alternativa tempestiva.

Os depoentes ainda destacaram que a ANS não regula aspectos clínicos granulares dos prestadores, tais como protocolos específicos de atendimento, duração de sessões terapêuticas ou métodos de reabilitação. Essas atribuições são de competência da Vigilância Sanitária e dos conselhos profissionais – como o CREFITO, no caso dos Terapeutas Ocupacionais. Em contrapartida, no âmbito de sua competência, a ANS opera iniciativas como o Programa de Qualificação (Qualis), que abrange creditações e segurança do paciente, e o Programa de Qualificação de Operadoras (IDSS).

A norma de rede não hospitalar, editada em 2014, está prevista para revisão na agenda regulatória, com possível incorporação de critérios de qualidade assistencial mais robustos. Para os temas relativos à qualidade clínica que extrapolam o mandato da agência –

como protocolos baseados em evidências para o TEA –, os depoentes recomendam a articulação com os conselhos profissionais e a Vigilância Sanitária.

No que tange às reclamações formalizadas pelos beneficiários, os depoentes destacam que as mesmas são processadas por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), concedendo-se à operadora o prazo de 5 dias úteis para questões assistenciais e de 10 dias úteis para questões não assistenciais. Além disso, informam que cerca de 80% dos casos são resolvidos nessa fase, enquanto que os casos remanescentes são analisados e, havendo indício de infração, instaura-se processo administrativo sancionador com possibilidade de aplicação de multa.

Nos últimos quatro anos, a ANS aplicou R\$2,7 bilhões em multas no âmbito nacional, sendo a cobrança competência da União, com os valores não pagos inscritos em dívida ativa e cobrados pela Procuradoria Federal/AGU. Os depoentes ressaltam uma limitação legal relevante:

“a ANS possui poder para multar, mas não detém competência para compelir a operadora a executar um procedimento ou a efetuar um reembolso diretamente ao beneficiário, o que impõe a necessidade de complementação por outros instrumentos, como a via judicial e a atuação do Ministério Público e da Defensoria Pública”.

A partir de maio de 2026, os depoentes informaram que entrará em vigor o novo modelo de Fiscalização Responsiva, que mantém os mecanismos tradicionais de comando e controle – com multas majoradas em aproximadamente 60 a 70%, podendo alcançar R\$ 216 mil em determinadas infrações – e incorpora instrumentos voltados à promoção de mudança cultural nas operadoras e ao estímulo à autorregulação do mercado, visando a superar a lógica de punição de casos pontuais e enfrentar os problemas sistêmicos identificados pelos consumidores. Ante à informação apresentada, os representantes da ANS comprometeram-se a compartilhar com a CPI o documento detalhado sobre esse novo modelo até o dia 20 de abril de 2026.

No que tange ao Rol de Procedimentos, os depoentes informaram que a competência fiscalizatória da ANS recai sobre os procedimentos nele contemplados. Entretanto, as coberturas fora do rol são regidas pela Lei n.º 14.454/2022 e pelos parâmetros definidos pelo Supremo Tribunal Federal (STF), podendo demandar a via judicial. Esse aspecto “impacta

diretamente os beneficiários com TEA, cujas terapias mais especializadas frequentemente são objeto de disputas de cobertura entre usuários e operadoras”, relatam os depoentes.

Quanto à co-participação, os representantes informaram que o crescimento da oferta de planos nessa modalidade, em que a mensalidade é reduzida, mas o beneficiário arca com parte do custo a cada utilização, já que a norma que regula esses mecanismos financeiros está em revisão, o que inclui a definição de limites máximos para os copagamentos. As condições de co-participação devem constar de forma clara no contrato no momento da adesão, e a ANS monitora denúncias de cobranças abusivas, como valores por sessão que superam o montante da própria mensalidade.

Por fim, os membros da CPI que se fizeram presentes na reunião expuseram o quadro preocupante identificado em Belém: filas de espera de 6 a 12 meses para terapias especializadas como ABA e Denver, suspeita de existência de rede fictícia com prestadores credenciados que não efetivam atendimentos, e denúncias de práticas abusivas de comercialização.

Diante desses fatos narrados, os membros da Comissão requereram à ANS que fosse apresentado dados estatísticos referentes ao Estado do Pará – volume de reclamações, processos sancionadores, multas aplicadas, arquivamentos e devedores –, bem como informações sobre as operadoras atuantes em Belém, serão encaminhados pela ANS à CPI após a formalização dos pedidos por escrito, conforme acordado na oitava.

Foram escutados, ainda, os representantes do **INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ – IASEP**, Sra **KLEYCE STEFANY DO COUTO LEITE** e Sra. **BRUNA CASTRO SANTA MARIA**, que ocorreu de forma remota.

Iniciado os questionamentos elaborados pelos membros da Comissão, as depoentes informaram que em fevereiro de 2025, foi instituído IASEP a portaria que cria uma comissão específica para o acompanhamento de beneficiários neurodivergentes, estando em curso a criação de uma Coordenação de Cuidados para essa população e a consolidação de regulação interna, trabalhos estes que não estavam completos no momento da oitava realizada.

As depoentes alegam que o Instituto estimou a presença aproximada de 900 a 1.000 usuários neurodivergentes presentes no município de Belém, com maior demanda concentrada em terapias sequenciais para TEA pelo método ABA, atendidos por aproximadamente 7

clínicas credenciadas na Região Metropolitana. Informaram ainda, que a rede encontra-se em processo de ampliação, através da abertura do Edital de Credenciamento n.º 2/2025.

Questionados quanto a forma de fiscalização, os representantes do IASEP informaram que a fiscalização ocorre por meio de **vistorias presenciais semestrais**, bem como por visitas adicionais mediante denúncias, em que o instituto exige das clínicas relatórios qualitativos e quantitativos com planos terapêuticos individualizados e evolução do tratamento.

No que tange ao monitoramento contínuo das redes credenciadas, os depoentes alegaram que o protocolo de monitorização encontra-se em construção.

Quanto aos pagamentos, foi informado aos membros da CPI que “os contratos preveem prazo de até 120 dias após aceite da fatura, com repasses realizados mensalmente; a tabela referencial de valores é própria do IASEP e sujeita à aprovação dos conselhos internos”. Os representantes informaram que alguns prestadores recusaram o credenciamento por discordância com os valores praticados, impactando a capilaridade da rede.

No curso das investigações, os membros da CPI relataram pontos críticos que permearam toda a audiência: Embora o IASEP não mantenha fila interna, a comissão enfatizou que as listas de espera existentes nas clínicas – especialmente na CRETA-Medcare – afetam diretamente os beneficiários e precisam ser mapeadas e monitoradas. Foram relatados, ainda, cancelamentos de atendimentos previamente agendados por alegado esgotamento de cota, inclusive com beneficiários deslocados de outros municípios; suspeitas de concentração excessiva e encaminhamentos preferenciais para a CRETA-Medcare; e o histórico de atrasos nos pagamentos, esclarecido pelo IASEP como prazo contratualmente previsto que não justifica negativa de atendimento.

Ao término da audiência, os representantes do IASEP comprometeram-se a encaminhar à CPI: relatório quantitativo de beneficiários com deficiência em Belém; listagem das clínicas credenciadas e critérios de credenciamento; protocolo de monitorização (versão atual e final); cronograma de repasses às sete clínicas especializadas; tabela referencial de valores; e a portaria de fevereiro de 2025.

Por fim, houve a oitiva dos representantes do **INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DE BELÉM – IASB**, Sr. **HUGO LEONARDO FERREIRA LIMA** e pela Sra. **DANIELLE ROSA DE SOUZA PENHA VIANA**, tendo a presidência desta CPI

registrado os direitos constitucionais dos inquiridos e reforçou que o objetivo da CPI é contribuir para a melhoria dos serviços, e não responsabilizar indevidamente os planos de saúde.

No tocante ao acesso a serviços, o IASB reconheceu falhas passadas no sistema de agendamento telefônico, tendo linhas de telefone canceladas e trocas recorrentes de números, sem que o período exato da falha tenha sido apresentado em audiência.

Como medidas corretivas, o IASB informou a introdução de QR code para agendamentos, cujo monitoramento alega ser diário pelas coordenações, bem como o reforço do corpo clínico com a retomada de mais de 10 especialidades – entre elas neurologia, urologia, ortopedia, ginecologia e pediatria – e a descentralização da regulação. Foi criada e fortalecida a Seção de Atendimento ao Idoso para atendimento mais personalizado à este grupo.

Questionados acerca do status atual do IASB, os depoentes alegaram que a instituição não apresenta filas, tendo marcações consideradas mais fluidas. Já em relação às terapias para pessoas com deficiência, os depoentes informaram que a rede credenciada foi expandida de 2 clínicas especializadas em 2021 para 5 clínicas em 2025, atendendo cerca de 200 usuários, majoritariamente crianças e adolescentes. Além disso, informaram que o IASB dispõe de equipe multiprofissional interna com psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, realizando encaminhamentos para a rede credenciada via psicologia e neurologia.

As dificuldades iniciais de acesso foram mitigadas com a abertura de edital de credenciamento, com relato de estabilização desde 2023. Os depoentes alegam que não há limitação de cotas para terapias – psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e correlatas –, sendo emitida mensalmente uma guia de regulação para a continuidade do tratamento, sem necessidade de renovação periódica, tendo informado ainda que: “Bloqueios inadvertidos no sistema Ametista são desbloqueados de imediato pela área de informática”.

No que tange às fiscalizações realizadas pelo IASB, os representantes informaram que a fiscalização da rede conveniada segue plano anual com **no mínimo duas visitas por prestador, priorizando áreas sensíveis como oncologia e terapias**, devendo as clínicas devem entregar relatórios mensais por usuário, com informações sobre assiduidade, frequência e dificuldades identificadas.

No aspecto financeiro especificamente em relação ao reembolso, os representantes informaram que o IASB por ser autogestão fora do âmbito regulatório da ANS, não adota política de reembolso nos moldes dos planos regulados. Segundo os representantes, a restituição ocorre apenas quando o beneficiário financiou o atendimento e este não foi efetivado, tendo o prazo contratual para pagamento aos credenciados é de até 90 dias, com queixas de atraso reconhecidas como ponto sensível relatadas pelos membros da CPI.

A ausência de política de ressarcimento no âmbito do IASB pode configurar prática abusiva à luz da Lei Federal nº 9.656/1998, especialmente quando aplicada a situações em que o beneficiário foi compelido a arcar com custos de atendimento particular em razão de indisponibilidade da rede própria ou credenciada.

Ainda que o IASB opere na modalidade de autogestão, fora do alcance regulatório direto da ANS, a garantia de acesso efetivo ao tratamento de saúde é obrigação que deriva dos vínculos contratuais firmados com os beneficiários e dos princípios gerais de proteção ao consumidor inscritos no Código de Defesa do Consumidor.

A Vice-Presidente recomendou a revisão da política institucional do IASB, com a implementação de mecanismo de ressarcimento integral nos casos em que houver comprovada indisponibilidade de atendimento na rede própria ou credenciada, de modo a assegurar que o ônus da falha assistencial não recaia sobre o beneficiário.

Em relação aos atrasos repassados, o IASB informou que vem priorizando o processamento financeiro das terapias para evitar suspensões e que, no momento, não há interrupções de atendimento por inadimplência, sendo as ocorrências pontuais atribuídas a períodos de férias e limitações de recursos humanos.

Ao término da audiência, foram acordados os seguintes encaminhamentos: o IASB levantará e reportará à CPI o período exato, a causa raiz e as medidas corretivas da falha no sistema de marcação telefônica; realizará a visita *in loco* de agosto às clínicas de terapias e demais pontos sensíveis; concluirá o credenciamento de novos laboratórios; e avançará na implementação da Ouvidoria dedicada e na automatização da emissão de guias mensais. Caberá à CPI formalizar requerimento solicitando ao IASB as datas da falha sistêmica e o montante de contribuições arrecadadas durante o período de inoperância.

## CAPÍTULO VI

### JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM BELÉM: EVIDÊNCIAS, PADRÕES DE VIOLAÇÃO E INDICADORES DE IRREGULARIDADES

#### **6.1 ANÁLISE DAS DECISÕES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ – TJPA**

A presente seção consolida e aprofunda a análise dos dados sobre o volume de ações judiciais movidas por consumidores contra operadoras de planos de saúde no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJ-PA), compreendendo demandas de primeira e segunda instâncias, com recorte analítico específico para as demandas envolvendo pessoas com deficiência (PcD) e com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Expõe, ainda, a taxa de concessão de liminares, o índice de procedência das sentenças e os dados do Inquérito Civil n.º 06.2023.00000532-6, instaurado e conduzido pelas Promotorias de Defesa do Consumidor do Ministério Público do Estado do Pará (MPPA).

A judicialização da saúde suplementar constitui, simultaneamente, sintoma e evidência de falha sistêmica na prestação dos serviços contratados. Quando consumidores vulneráveis – dentre os quais se destacam crianças com autismo e pessoas com deficiência – se veem compelidos a recorrer ao Poder Judiciário para obter coberturas legalmente devidas, isso demonstra que os mecanismos administrativos de autorização e de controle interno das operadoras não estão funcionando adequadamente. Em Belém, os dados coletados revelam que essa falha não é pontual ou acidental: é estrutural, reiterada e concentrada em determinadas operadoras, o que reforça a necessidade da presente investigação parlamentar.

A base de dados utilizada é composta por dois conjuntos documentais fornecidos pelo TJ-PA: (a) planilha de decisões interlocutórias dos últimos dois anos, contendo 772 (setecentos e setenta e dois) registros; e (b) planilha de sentenças do mesmo período, com 205 (duzentos e cinco) registros, ambas referentes ao intervalo de janeiro de 2024 a dezembro de 2025. Complementam a análise os autos do Inquérito Civil n.º 06.2023.00000532-6, com 1.191 (mil cento e noventa e uma) folhas, disponibilizados pelo MPPA. Trata-se, portanto, de base documental robusta, de fonte oficial, que confere plena validade probatória às conclusões desta seção.

Em relação aos volumes de Ações Judiciais presentes no TJPA, os dados sistematizados revelam um total de 380 (trezentos e oitenta) processos únicos movidos por consumidores contra operadoras de planos de saúde no período analisado, com concentração expressiva nas varas cíveis e empresariais da Comarca de Belém. O acervo documentado abrange 772 (setecentas e setenta e duas) decisões interlocutórias e 205 (duzentas e cinco) sentenças de mérito, totalizando 977 (novecentos e setenta e sete) atos judiciais registrados no biênio 2024-2025.

A relevância desse volume não deve ser avaliada apenas em termos absolutos. É necessário considerar que o número de processos judicializados representa apenas a fração da população lesada que dispôs de recursos – materiais, informativos e de acesso ao sistema de justiça – para formalizar uma ação judicial. Para cada consumidor que ajuíza uma ação, há uma parcela indeterminada – mas provavelmente muito maior – que, diante da negativa da operadora, simplesmente desiste do tratamento, arca com os custos às próprias expensas ou submete-se à deterioração de seu estado de saúde sem qualquer ressarcimento. O dado judicial, portanto, é a ponta visível de um problema estrutural de maior magnitude.

A distribuição dos processos por operadora revela uma assimetria marcante e estatisticamente significativa: a Unimed Belém – consideradas todas as suas variantes societárias registradas no sistema do TJ-PA – figura como ré em 82,5% (oitenta e dois vírgula cinco por cento) de todas as decisões interlocutórias catalogadas, correspondendo a 637 (seiscentas e trinta e sete) de 772 (setecentas e setenta e duas) decisões. A Hapvida Assistência Médica responde por 11,7% (onze vírgula sete por cento) do total, com 90 (noventa) decisões, e o Bradesco Saúde aparece em terceiro lugar, com 45 (quarenta e cinco) decisões, equivalentes a 5,8% (cinco vírgula oito por cento).

À CPI importa registrar que a concentração de 82,5% das demandas em uma única operadora, em um mercado com ao menos quatro grandes players, é estatisticamente impossível de ser atribuída ao acaso. Trata-se de **evidência primária de padrão sistêmico de negativas indevidas**, o que, nos termos do art. 9.º da Resolução Normativa ANS n.º 259/2011 e do art. 35-A da Lei n.º 9.656/1998, pode configurar descumprimento reiterado das normas regulatórias, sujeitando a operadora às sanções previstas no art. 24 da Lei n.º 9.656/1998, incluindo multas, suspensão temporária de funcionamento e, em casos extremos, cancelamento do registro.

**Tabela 04 – Decisões Interlocutórias por Operadora de Plano de Saúde (2024-2025)**

Operadora	Decisões (n)	Participação (%)
Unimed Belém (todas as variantes societárias)	637	82,5%
Hapvida Assistência Médica	90	11,7%
Bradesco Saúde	45	5,8%
<b>TOTAL</b>	<b>772</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria (2026).

A concentração de 82,5% das demandas em uma única operadora, em um mercado com ao menos quatro grandes players, é estatisticamente impossível de ser atribuída ao acaso. Trata-se de evidência primária de padrão sistêmico de negativas indevidas, o que, nos termos do art. 9.º da RN ANS n.º 259/2011 e do art. 35-A da Lei n.º 9.656/1998, pode configurar descumprimento reiterado das normas regulatórias.

**Tabela 05 – Distribuição das Sentenças por Operadora (2024-2025)**

Operadora	Sentenças (n)	Participação (%)
Unimed Belém (todas as variantes societárias)	172	83,9%
Demais operadoras	33	16,1%
<b>TOTAL</b>	<b>205</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria (2026).

Os assuntos processuais registrados nas bases do TJ-PA revelam o perfil qualitativo das violações que motivaram o ajuizamento das ações, permitindo identificar as condutas das operadoras que o Poder Judiciário tem sido repetidamente chamadas a coibir. A leitura integrada dessas categorias fornece à CPI uma radiografia precisa dos padrões de irregularidade praticados.

O pedido de cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer lidera o ranking de assuntos nas decisões interlocutórias, com 205 (duzentas e cinco) ocorrências, e nas sentenças, com 48 (quarenta e oito) registros. Esta categoria processual é tecnicamente relevante porque abrange, em sua essência, situações em que o beneficiário obteve autorização prévia da operadora – ou em que a cobertura é legalmente prevista – mas o serviço foi negado, suspenso ou obstaculizado na prática. Trata-se, em outras palavras, da

violação mais direta do contrato de plano de saúde: a operadora recebe os prêmios mensais e, no momento em que a cobertura é necessária, simplesmente não a entrega.

Em segundo lugar figuram as demandas classificadas como práticas abusivas, com 131 (cento e trinta e uma) ocorrências nas decisões e 43 (quarenta e três) nas sentenças. O conceito de prática abusiva, disciplinado nos arts. 39 e 51 do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/1990), abrange condutas como a imposição de restrições contratuais abusivas, a alteração unilateral de rede credenciada sem comunicação adequada ao beneficiário, a limitação arbitrária de sessões de terapia e a exigência de autorizações prévias desnecessárias como mecanismo de desestímulo ao uso dos serviços. No contexto específico das demandas relativas a pessoas com deficiência e TEA, essas práticas assumem contornos ainda mais graves, dado o caráter contínuo, intenso e insubstituível das terapias multidisciplinares.

As ações por negativa ou limitação de serviços hospitalares somam 126 (cento e vinte e seis) decisões. O conjunto de ações classificadas como erro médico totaliza 143 (cento e quarenta e três) registros entre os dois cadastros processuais – categoria que, embora distinta das negativas de cobertura em sentido estrito, pode indicar deficiências na rede credenciada mantida pelas operadoras. As demandas de indenização por dano moral alcançam 63 (sessenta e três) decisões e 20 (vinte) sentenças, evidenciando que as negativas indevidas produzem não apenas danos materiais ao beneficiário, mas também sofrimento psíquico passível de compensação pecuniária. Ações classificadas especificamente sob a rubrica plano de saúde – abrangendo fornecimento de medicamentos, tratamento médico-hospitalar, UTI, fornecimento de insumos e padronização de cobertura – somam 129 (cento e vinte e nove) decisões.

Para os fins específicos da CPI, é de especial relevância que as categorias de obrigação de fazer e práticas abusivas – que somadas totalizam 336 decisões e 91 sentenças – correspondem precisamente às condutas que a legislação de saúde suplementar (Lei n.º 9.656/1998, Resolução Normativa ANS n.º 465/2021 e Rol de Procedimentos ANS) proíbe de forma expressa. O volume dessas demandas não é, portanto, acidental: é o reflexo judicial de uma política corporativa de contenção de custos assistenciais que utiliza a negativa administrativa como primeira linha de defesa, na expectativa de que parcela dos beneficiários desista de buscar a cobertura devida.

**Tabela 06 – Assuntos Processuais Mais Frequentes (2024-2025)**

Assunto Processual	Decisões (n)	Sentenças (n)
Obrigação de Fazer / Não Fazer	205	48
Erro Médico	143	27
Práticas Abusivas	131	43
Plano de Saúde (rubrica específica)	129	16
Serviços Hospitalares	126	27
Indenização por Dano Moral	63	20

Fonte: Elaboração própria (2026).

Em relação à concessão de liminares, das 772 (setecentas e setenta e duas) decisões interlocutórias analisadas, 159 (cento e cinquenta e nove) consistiram em concessão de liminar ou antecipação de tutela – tipificadas no sistema do TJ-PA como Liminar (71 registros), Antecipação de tutela (82 registros) e Antecipação de Tutela (6 registros) – representando uma taxa de 20,6% (vinte vírgula seis por cento) do universo decisório total do período.

Este percentual merece análise qualificada. A concessão de tutela de urgência, nos termos do art. 300 do Código de Processo Civil (Lei n.º 13.105/2015), pressupõe o reconhecimento judicial, com base em cognição sumária mas suficiente, de dois requisitos cumulativos: (i) a probabilidade do direito alegado (*fumus boni iuris*) – ou seja, a verossimilhança de que a operadora está descumprindo obrigação legal ou contratual; e (ii) o perigo de dano grave, de difícil ou impossível reparação, ou o risco ao resultado útil do processo (*periculum in mora*) – que, no caso de tratamentos de saúde, frequentemente se traduz em risco à integridade física ou psíquica do beneficiário.

O fato de que, em aproximadamente **um a cada cinco atos judiciais**, o magistrado reconheceu esses dois requisitos cumulativos com base em cognição sumária demonstra que as negativas praticadas pelas operadoras são *prima facie* ilegítimas em elevada proporção dos casos. Em outras palavras: os juízes, ao examinar os documentos apresentados pelo beneficiário na fase inicial do processo, encontram elementos suficientes para concluir que a negativa é provavelmente indevida e que aguardar o julgamento final causaria dano grave ao paciente. Este dado é particularmente expressivo quando se trata de crianças e adolescentes

com TEA ou pessoas com deficiência, cujo desenvolvimento neuropsicomotor depende da continuidade das intervenções terapêuticas.

Adicionalmente, 99 (noventa e nove) decisões correspondem ao deferimento da gratuidade da Justiça, indicador relevante da condição de vulnerabilidade socioeconômica dos demandantes. A gratuidade é concedida quando o juiz reconhece que a parte não dispõe de recursos suficientes para arcar com as custas processuais sem prejuízo do próprio sustento e de sua família (art. 98 do CPC). Esse dado converge com o perfil econômico das pessoas com deficiência no Brasil: como demonstrado neste relatório, a taxa de informalidade entre PcD é de 55% no plano nacional e atinge 75,8% no Estado do Pará, com rendimento médio 40% inferior ao das pessoas sem deficiência. Estamos diante de uma população que não apenas depende criticamente dos serviços de saúde suplementar, mas que também tem menor capacidade de custeio da luta judicial para obtê-los.

A combinação entre alta taxa de concessão de liminares e alta presença de beneficiários hipossuficientes compõe um quadro de particular gravidade para a CPI: as operadoras, especialmente a Unimed Belém, estão negando coberturas a uma população vulnerável que, quando recorre ao Judiciário, frequentemente obtém a tutela de urgência – o que demonstra a fragilidade jurídica das negativas administrativas – mas que em muitos casos não tem nem mesmo os recursos para ingressar com a ação.

**Tabela 07 – Liminares e Tutelas Concedidas por Tipo Decisório (2024-2025)**

Tipo de Decisão	Quantidade (n)
Liminar (grafia 1)	71
Antecipação de Tutela (ambas as grafias)	88
<b>Subtotal – Liminares e Tutelas Concedidas</b>	<b>159</b>
Gratuidade da Justiça Deferida	99
<b>Taxa de Concessão de Liminares s/ total decisório</b>	<b>20,6%</b>

Fonte: Elaboração própria

Em relação ao índice de procedência e descumprimentos das sentenças proferidas pelo TJPA, o exame das 205 (duzentas e cinco) sentenças proferidas no período revela um padrão de resultado que, por si só, constitui evidência de irregularidade sistêmica na conduta das operadoras. Das decisões de mérito, identificaram-se 87 (oitenta e sete) sentenças de

procedência total, 35 (trinta e cinco) de procedência em parte e 24 (vinte e quatro) de improcedência, totalizando 146 (cento e quarenta e seis) decisões de mérito. As demais correspondem a extinções sem resolução de mérito – por desistência, acordo extrajudicial ou outras causas processuais – que, no contexto de demandas de saúde, frequentemente indicam que a operadora, premida pela pressão judicial, realizou o procedimento ou liberou a cobertura negada durante o trâmite processual.

A taxa de procedência alcança 83,6% (oitenta e três vírgula seis por cento) do universo de ações julgadas no mérito. No recorte específico das ações ajuizadas contra a Unimed Belém, o índice de procedência sobe para 85,6% (oitenta e cinco vírgula seis por cento) – a Unimed é parte em 125 (cento e vinte e cinco) das 146 (cento e quarenta e seis) sentenças de mérito, das quais 107 (cento e sete) lhe foram desfavoráveis.

Esses números exigem uma análise qualificada para a CPI. No processo civil, a improcedência não é a regra – o autor que ajuíza uma ação infundada sujeita-se a condenação em honorários sucumbenciais, o que desestimula demandas sem fundamento. Em contraste, quando uma ação é julgada procedente, o Poder Judiciário está reconhecendo, após instrução completa e com força de coisa julgada, que o réu – no caso, a operadora – agiu ilícitamente ao negar a cobertura. Uma taxa de procedência de 83,6% a 85,6%, portanto, não pode ser interpretada como resultado aleatório ou como consequência de litigância oportunista dos consumidores: ela representa o reconhecimento reiterado, pelo Judiciário, de que as negativas das operadoras são ilícitas.

Sob a perspectiva regulatória, esse dado adquire especial relevo. A Resolução Normativa ANS n.º 259/2011 (e suas atualizações) e a Resolução Normativa ANS n.º 465/2021 impõem às operadoras o dever de garantir cobertura integral ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como de cumprir as obrigações contratuais. O descumprimento sistemático dessas normas, evidenciado pela altíssima taxa de procedência judicial, pode configurar infração passível das sanções previstas no art. 24 da Lei n.º 9.656/1998, que incluem advertência, multa de até 2% do faturamento da operadora ou R\$ 160.000,00 (cento e sessenta mil reais) por infração, suspensão temporária de comercialização de novos planos e, em casos graves, alienação compulsória da carteira de beneficiários.

A despeito do elevado volume de decisões favoráveis aos consumidores, os autos do Inquérito Civil n.º 06.2023.00000532-6 do MPPA documentam situações de descumprimento

reiterado não apenas de obrigações contratuais, mas de determinações judiciais – fato que configura, em tese, o crime de desobediência (art. 330 do Código Penal) e, nos casos de descumprimento de ordem judicial, o crime de contempt of court conforme construção jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça.

**Tabela 08 – Resultado das Sentenças de Mérito por Operadora (2024-2025)**

Resultado	Todas as operadoras (n)	Unimed Belém (n)	% Unimed s/ total
Procedência Total	87	74	85,1%
Procedência em Parte	35	33	94,3%
Improcedência	24	18	75,0%
<b>Total de Mérito</b>	<b>146</b>	<b>125</b>	<b>85,6%</b>
<b>Taxa de Procedência</b>	<b>83,6%</b>	<b>85,6%</b>	—

Fonte: Elaboração própria

No que tange à demandas envolvendo Pessoas com Deficiência, a base de dados disponibilizada pelo TJ-PA não dispõe de campo específico para a identificação de PcD e de portadores de TEA como categoria processual autônoma, o que impede a mensuração precisa desse recorte de vulnerabilidade por via exclusivamente quantitativa. Essa lacuna de informação não é um dado neutro: ela expressa, no plano dos sistemas de informação do Poder Judiciário, a mesma invisibilidade estatística identificada no âmbito da saúde suplementar, conforme analisado neste relatório. O que não se registra não pode ser adequadamente monitorado, fiscalizado ou corrigido.

Não obstante, a análise dos descritores de assunto processual identifica ao menos 27 (vinte e sete) processos com elementos indicativos de envolver tratamentos vinculados a esse público, consoante os códigos CNJ relativos a terapias de reabilitação, fornecimento de insumos, tratamentos neuropsicomotores e procedimentos relacionados ao Transtorno do Espectro Autista. Este número deve ser lido como piso mínimo, não como estimativa real.

A subestimação do dado decorre de dois mecanismos convergentes. O primeiro é de natureza classificatória: parcela relevante das ações classificadas sob os códigos de obrigação de fazer e plano de saúde tem como objeto a cobertura de sessões terapêuticas multidisciplinares para crianças e adolescentes com TEA (ABA – Análise do Comportamento

Aplicada, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia), sem que o campo de assunto do sistema eletrônico do TJ-PA registre expressamente esse enquadramento diagnóstico. O segundo mecanismo é de natureza socioeconômica: muitas famílias de pessoas com deficiência, especialmente em Belém – onde a taxa de informalidade entre PcD atinge 65,7% na Região Metropolitana –, ingressam com ações sob denominações genéricas, sem assistência jurídica especializada, sem fazer referência expressa ao diagnóstico de autismo ou deficiência nos campos de classificação do processo.

Importa destacar que a análise dos autos do Inquérito Civil n.º 06.2023.00000532-6, detalhado no subitem subsequente, revela que a Clínica MedCare/Creta atende mais de 1.200 (mil e duzentos) pacientes por mês encaminhados pela Unimed Belém, com prevalência de crianças e adolescentes com TEA. O fato de que, segundo relato da representante da clínica, nenhuma das crianças atendidas precisou recorrer à judicialização pode indicar duas realidades distintas: ou as famílias de pacientes da Clínica MedCare têm acesso a mecanismos alternativos de resolução de conflito (como o próprio Inquérito Civil), ou – hipótese mais preocupante – parte dessas famílias simplesmente desiste do tratamento diante da burocracia imposta pela operadora, sem registrar formalmente a violação sofrida.

A mensuração fidedigna do universo de demandas envolvendo PcD e TEA demandaria: (i) acesso direto ao sistema de gestão processual do TJ-PA, com consulta ao inteiro teor das petições iniciais; (ii) cruzamento com a base de dados da ANS sobre beneficiários com cobertura de terapias de habilitação e reabilitação; e (iii) eventualmente, o emprego de técnicas de análise de linguagem natural sobre os textos das petições iniciais para identificar diagnósticos não capturados pelos campos classificatórios. Recomenda-se que a CPI diligencie junto ao TJ-PA e à ANS para obtenção desses dados complementares.

Independentemente da imprecisão quantitativa desse recorte específico, os dados gerais da seção já demonstram, com robustez, que o padrão de negativas indevidas praticado pelas operadoras atinge todos os beneficiários do sistema, inclusive os mais vulneráveis. A legislação específica de proteção às pessoas com deficiência, insculpida pela Lei n.º 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e às pessoas com TEA, prevista na Lei n.º 12.764/2012 e Lei n.º 13.977/2020 (Lei Berenice Piana e Lei Romeo Mion, respectivamente) não apenas assegura o direito à cobertura integral das terapias indicadas, como impõe às

operadoras de planos de saúde obrigações específicas que os dados desta seção indicam estarem sendo sistematicamente descumpridas.

## **6.2 DA ANÁLISE DO INQUÉRITO CIVIL N.º06.2023.00000532-6 DO MPPA**

O Inquérito Civil n.º 06.2023.00000532-6 foi instaurado pela 1.ª Promotoria de Justiça do Consumidor da Comarca de Belém e vem sendo conduzido pelas Promotorias de Defesa do Consumidor do Ministério Público do Estado do Pará (MPPA), com fundamento no art. 129, VI, da Constituição da República, no art. 8.º, § 1.º, da Lei n.º 7.347/1985 (Lei da Ação Civil Pública) e no art. 26, II, da Lei n.º 8.625/1993 (Lei Orgânica do Ministério Público). O inquérito alcançou, em 22 de janeiro de 2026, data de seu último ato registrado, a cifra de 1.191 (mil cento e noventa e uma) folhas, volume que por si só atesta a gravidade e a complexidade do caso investigado.

O objeto central do inquérito é a suspensão do atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) pela Clínica Creta/MedCare – estabelecimento credenciado pela Unimed Belém Cooperativa de Trabalho Médico –, motivada pela alegada falta de pagamento dos serviços prestados pela operadora. A clínica, que atende mais de 1.200 (mil e duzentos) pacientes por mês encaminhados pela Unimed Belém, comunicou formalmente aos responsáveis legais, em outubro de 2023, que suspenderia os atendimentos a partir de novembro daquele ano caso os repasses referentes aos meses de agosto e setembro de 2023 não fossem regularizados.

A instauração do inquérito civil pelo MPPA é, em si, dado de elevada relevância institucional. O Ministério Público somente instaura inquérito civil quando identifica indícios suficientes de lesão ou ameaça de lesão a interesses difusos ou coletivos. A condução do feito pelas Promotorias de Defesa do Consumidor indica que as condutas investigadas afetam número indeterminado de consumidores – os mais de 1.200 pacientes da Clínica MedCare são apenas a parcela visível de um problema que potencialmente atinge todos os beneficiários da Unimed Belém que dependem de terapias de habilitação e reabilitação. A interface entre o Inquérito Civil do MPPA e a presente investigação parlamentar é, portanto, direta e relevante: ambas as instâncias apuram, sob ângulos complementares, o mesmo padrão de conduta da operadora.

Os documentos que instruem o inquérito revelam um quadro de inadimplemento estrutural e de recusa sistemática de adequação contratual por parte da Unimed Belém,

consubstanciado nos seguintes elementos fáticos, organizados em ordem de gravidade crescente para os fins da análise desta CPI:

a) Defasagem do teto financeiro por mais de dois anos: O teto financeiro fixado pela Unimed Belém à Clínica Creta/MedCare permanecia defasado há mais de dois anos sem qualquer atualização, a despeito de mais de dez solicitações formais de reajuste formuladas pela clínica, todas ignoradas pela operadora. A recusa sistemática em reajustar o teto configura, em tese, violação ao princípio do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de credenciamento (art. 316 do Código Civil), e pode constituir mecanismo indireto de esvaziamento da rede credenciada, o que, por sua vez, prejudica diretamente os beneficiários que dependem dos serviços daquela unidade.

b) Ausência de reajuste de valores por sessão de terapia há mais de cinco anos: Os valores pagos por sessão de terapia não sofriam reajuste há mais de cinco anos, gerando desequilíbrio econômico-financeiro no contrato e desestímulo aos profissionais terapeutas vinculados à unidade. Em um contexto inflacionário – o IPCA acumulado entre 2019 e 2024 superou 45% – a manutenção de tabelas congeladas representa, na prática, uma redução real de mais de 30% na remuneração dos prestadores credenciados. Esse mecanismo produz um efeito devastador para os beneficiários: os prestadores qualificados são progressivamente desestimulados a continuar credenciados, o que reduz a oferta de serviços e implica em filas de espera, substituição por profissionais menos experientes ou simplesmente a ausência de prestadores disponíveis na rede.

c) Direcionamento de pacientes para clínicas de preferência da operadora: A Unimed Belém, ao invés de negociar o reajuste do teto financeiro, passou a exigir que novos pacientes fossem encaminhados exclusivamente a clínicas de sua preferência, prática qualificada pela Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Autismo da OAB/PA como violação ao direito de livre escolha do consumidor dentro da rede credenciada, em desacordo com o art. 17 da Lei n.º 9.656/1998. O direito de livre escolha entre os prestadores credenciados é direito subjetivo do beneficiário, e qualquer tentativa de restringi-lo por ato unilateral da operadora configura prática abusiva, nos termos do art. 39, I, do Código de Defesa do Consumidor, e pode configurar, dependendo da motivação concorrencial subjacente, infração à ordem econômica nos termos da Lei n.º 12.529/2011.

d) Bloqueio sistêmico de sessões de terapia: O sistema de autorização da Unimed Belém impede a aprovação de mais de 2 (duas) sessões de terapia por dia, mesmo quando o plano havia previamente autorizado quantitativo superior em favor do paciente. Essa limitação foi descrita pela própria operadora como problema de sistema sem que qualquer correção tenha sido implementada. Esta alegação merece atenção especial da CPI: um problema de sistema que sistematicamente favorece a operadora – reduzindo sessões autorizadas e, portanto, despesas assistenciais – e que persiste sem solução ao longo do tempo, dificilmente pode ser atribuído à negligência técnica. A ausência de correção de um defeito que sistematicamente prejudica os beneficiários mais vulneráveis é, em si, um indicador de má-fé contratual.

e) Fila de 27 pacientes aguardando autorização por até 7 meses: Em 19 de janeiro de 2026, data da última audiência extrajudicial realizada na sede da 1.<sup>a</sup> Promotoria de Justiça do Consumidor, 27 (vinte e sete) pacientes com laudo elaborado e Plano Terapêutico Singular (PTS) encaminhado aguardavam autorização da Unimed para iniciar o tratamento na Clínica MedCare, sendo que o caso mais antigo remontava a junho de 2025 – ou seja, o paciente aguardava há mais de 7 (sete) meses. Para crianças com TEA, o atraso no início ou a interrupção das terapias neuropsicomotoras não é um incômodo administrativo: é uma janela de oportunidade terapêutica perdida, com impacto potencialmente irreversível no desenvolvimento cognitivo, comunicacional e comportamental. Cada mês de espera representa, para essas crianças, um mês a menos de intervenção precoce – período em que a plasticidade neuronal é maior e os resultados terapêuticos são mais expressivos.

f) Interferência unilateral da operadora nos Planos Terapêuticos Singulares: A Unimed Belém pretende validar, por meio de seu Centro de Convivência Terapêutica Especializado (CCTE), os Planos Terapêuticos Singulares (PTS) elaborados pela Clínica MedCare, com o intuito de reavaliá-los e, por vezes, reduzir o número de terapias prescritas, desconsiderando a avaliação multidisciplinar previamente realizada pela equipe técnica credenciada. Esta prática é particularmente grave do ponto de vista ético e jurídico.

O PTS é documento médico elaborado pela equipe multiprofissional de saúde com base na avaliação clínica direta do paciente. A revisão desse documento por uma instância administrativa da operadora – sem exame do paciente e sem equipe clínica independente – configura ingerência indevida nos atos médicos e pode violar o art. 35-F da Lei n.º

9.656/1998, que proíbe às operadoras de negar autorização para procedimentos cobertos. A substituição do julgamento clínico pelo interesse econômico da operadora é, precisamente, o tipo de conduta que a legislação de saúde suplementar foi criada para coibir.

Em 7 de novembro de 2023, a então titular da 1.<sup>a</sup> Promotoria de Justiça do Consumidor, Dra. Regiane Brito Coelho Ozanan, convocou audiência extrajudicial para o dia 10 de novembro de 2023, com a presença da Unimed Belém, da Clínica Creta/MedCare e do Núcleo Regional do Pará da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para fins de autocomposição quanto à suspensão dos atendimentos de pacientes com autismo. A convocação pelo MPPA já sinalizava a gravidade do conflito: o Ministério Público não convoca audiência extrajudicial no curso de um inquérito civil a menos que identifique indícios concretos de violação a interesses coletivos.

Em 19 de janeiro de 2026, nova audiência extrajudicial foi realizada pela Dra. Socorro de Maria Pereira Gomes dos Santos, que assumiu a titularidade do feito. Na ocasião, verificou-se a ausência injustificada de representantes da Unimed Belém, a despeito de convocação formal regularmente expedida. Participaram da audiência o patrono da Clínica MedCare, Dr. Paulo Meira, representantes da clínica e a presidente da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Autismo da OAB/PA, Dra. Bárbara Cozzi Gonçalves.

A ausência injustificada da Unimed Belém à audiência ministerial de 19 de janeiro de 2026 merece registro destacado neste relatório. O inquérito civil é instrumento formal do Ministério Público, e a convocação para audiência extrajudicial tem força legal equivalente à de uma notificação. A ausência sem justificativa pode ser interpretada como sinal de que a operadora não reconhece a legitimidade da investigação ou não está disposta a assumir compromissos perante o MPPA – postura que, somada ao histórico de resistência documentado nos autos, reforça o padrão de conduta identificado pela CPI.

Conforme consignado na ata de audiência de 19 de janeiro de 2026, a demanda foi delimitada em torno de dois pontos centrais:

- 1) atendimento de pacientes, pelas clínicas conveniadas, apenas mediante referenciamento ao estabelecimento, retirando do paciente o direito à livre escolha dentre a rede credenciada; e 2) limitação de terapias em quantitativo inferior ao constante no laudo e previamente autorizado pelo plano de saúde, tanto no quantitativo mensal quanto na execução diária das sessões de terapia. (MPPA, Ata de Audiência Extrajudicial, Inquérito Civil n.º 06.2023.00000532-6, 19 jan. 2026, fl. 1185-1186).

Em 22 de janeiro de 2026, a 1.<sup>a</sup> Promotora de Justiça do Consumidor expediu o Ofício n.º 0025/2026/IPJCons à gestão jurídica da Unimed Belém, determinando a apresentação de manifestação fundamentada, no prazo de 10 (dez) dias úteis, acerca dos dois pontos delimitados em audiência. O despacho decisório ressalta expressamente a ausência injustificada de representante da Unimed à audiência de 19 de janeiro de 2026.

Para os fins da CPI, importa registrar que os dois pontos delimitados pelo MPPA na ata de audiência configuram, em tese, violações a dispositivos específicos e claros da legislação de saúde suplementar: o ponto 1 afeta o art. 17 da Lei n.º 9.656/1998 (livre escolha na rede credenciada) e o ponto 2 viola os arts. 35-A e 35-F da mesma Lei, bem como o art. 10 da Resolução Normativa ANS n.º 465/2021 (proibição de limitar cobertura além do Rol de Procedimentos). Tais condutas, se confirmadas em sede de ação civil pública ou inquérito administrativo da ANS, podem sujeitar a operadora às sanções previstas na legislação regulatória e, eventualmente, ao ressarcimento coletivo dos danos causados aos beneficiários afetados.

### **6.3 ANÁLISE DOS INDICADORES DE IRREGULARIDADES APRESENTADOS**

A análise integrada dos dados do Inquérito Civil n.º 06.2023.00000532-6 com os dados judiciais do TJ-PA apresentados nas seções precedentes permite identificar um padrão de conduta coerente e sistêmico por parte da Unimed Belém, cujos elementos constitutivos se reforçam mutuamente.

A postura adotada pela Unimed Belém ao longo do Inquérito Civil – caracterizada por atrasos na negociação, ausência às audiências ministeriais, recusa em assinar aditivos contratuais previamente acordados (o aditivo previsto para 21 de novembro de 2025 não foi celebrado) e alegação de problema de sistema como justificativa para limitação de autorizações – é coerente com o padrão de descumprimento identificado nas bases do TJ-PA. O índice de procedência de 85,6% nas ações contra a Unimed Belém, combinado com o relato da representante da Clínica MedCare de que nenhuma das crianças atendidas precisou recorrer à judicialização, é indicativo de que a operadora privilegia a negativa administrativa como estratégia de contenção de custos assistenciais, na expectativa de que as famílias, especialmente as mais vulneráveis, não disponham de recursos ou informações para contestar a negativa.

Esse modelo de comportamento – que na literatura especializada é denominado negativa estratégica ou recusa administrativa como filtro de demanda – é racionalmente explicável sob a ótica da lógica de mercado: se apenas uma fração dos beneficiários prejudicados ingressa com ação judicial, e se apenas parte desses processos resulta em condenações efetivamente executadas, o custo esperado das negativas é inferior ao custo de conceder todas as coberturas devidas. Tal estratégia, todavia, é juridicamente inaceitável e moralmente condenável, especialmente quando atinge populações vulneráveis, como crianças com TEA e pessoas com deficiência, cujos direitos de saúde são expressamente tutelados pela Constituição Federal (art. 196), pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015), pela Lei Berenice Piana (Lei n.º 12.764/2012) e pela Lei Romeo Mion (Lei n.º 13.977/2020).

A interrupção ou redução arbitrária de sessões de ABA, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia, conforme apurado nos autos do Inquérito Civil, pode ocasionar regressão comportamental, perda de habilidades adquiridas e agravamento do quadro clínico dos pacientes. Esses danos são, em muitos casos, irreversíveis: a janela de desenvolvimento neuropsicomotor da primeira infância não se reabre. A CPI deve ter presente que, ao investigar as irregularidades das operadoras de planos de saúde, está diante não apenas de uma questão contratual ou regulatória, mas de uma questão de saúde pública e de direitos fundamentais das pessoas mais vulneráveis.

A análise dos dados apresentados nesta seção permite identificar cinco indicadores convergentes de irregularidade sistêmica na atuação das operadoras de planos de saúde em Belém, especialmente da Unimed Belém, no que concerne à garantia de terapias e atendimentos destinados às pessoas com deficiência:

**I – Concentração anômala de demandas judiciais:** A participação de 82,5% das decisões interlocutórias e 84% das sentenças em favor da Unimed Belém, em um mercado com múltiplos players, não pode ser explicada pela aleatoriedade e constitui evidência prima facie de conduta sistemática.

**II – Taxa de procedência judicial de 85,6%:** O Judiciário reconhece, em mais de quatro a cada cinco ações analisadas no mérito, que as negativas da Unimed Belém são ilícitas. Esse percentual, consolidado ao longo de dois anos e 125 sentenças, constitui evidência judicial de padrão de descumprimento.

**III – Vulnerabilidade econômica dos demandantes:** A concessão de gratuidade da Justiça a 99 demandantes indica que as negativas atingem preferencialmente pessoas hipossuficientes, cuja capacidade de resistência judicial é menor – o que agrava o potencial lesivo da conduta da operadora.

**IV – Conduta documentada no Inquérito Civil do MPPA:** Os seis elementos fáticos apurados pelo MPPA – defasagem de teto financeiro, congelamento de tabelas, direcionamento de pacientes, bloqueio sistêmico de sessões, fila de autorizações e interferência em planos terapêuticos – constituem, isolada e conjuntamente, indícios concretos de irregularidade passível de sanção regulatória e judicial.

**V – Lacuna informacional sobre PcD na saúde suplementar:** A ausência de dados desagregados sobre pessoas com deficiência no sistema da ANS e no cadastro processual do TJ-PA impede a mensuração precisa da extensão do problema, mas não afasta a conclusão de que o grupo mais vulnerável é o mais exposto às práticas identificadas, dado seu perfil socioeconômico e sua dependência crítica de terapias contínuas.

A convergência desses cinco indicadores, extraídos de fontes independentes e complementares (TJ-PA, MPPA, ANS e IBGE), confere à presente análise o grau de robustez probatória necessário para subsidiar as deliberações desta CPI quanto às medidas a serem adotadas, incluindo a convocação de dirigentes das operadoras para prestar esclarecimentos, a requisição de documentos à ANS e ao MPPA, e a formulação de recomendações legislativas e regulatórias destinadas a corrigir as falhas sistêmicas identificadas.

## CAPÍTULO VII

### FORMULÁRIO ELETRÔNICO DA CPI DOS PLANOS DE SAÚDE

A Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde da Câmara Municipal de Belém aplicou formulário eletrônico estruturado no período compreendido entre **23 DE MARÇO E 6 DE ABRIL DE 2026**. O instrumento foi respondido por 74 (setenta e quatro) famílias de pessoas com deficiência, beneficiárias de planos de saúde privados no município de Belém e região metropolitana, constituindo a base empírica primária dos dados que fundamentam o presente capítulo.

O formulário compreendeu 36 (trinta e seis) questões estruturadas, organizadas em 11 (onze) dimensões temáticas: perfil diagnóstico; acesso inicial às terapias; interrupção e suspensão de atendimentos; comunicação e transparência; rede credenciada; migração forçada para rede própria; judicialização e cumprimento de liminares; impacto clínico; impacto financeiro; saúde mental dos cuidadores; e recorrência ao Sistema Único de Saúde (SUS).

É válido destacar que a presente análise estatística trata-se de amostra não probabilística por conveniência. A concentração de relatos negativos é esperada em pesquisas de vitimização conduzidas no âmbito de Comissões Parlamentares de Inquérito, nas quais os respondentes são, por definição, famílias que vivenciaram problemas com as operadoras. A consistência interna dos dados, a elevada frequência de ocorrências idênticas e a natureza sistêmica dos problemas apurados conferem forte plausibilidade investigativa às conclusões. Não obstante, esta limitação metodológica deve ser expressamente registrada a fim de resguardar a solidez das conclusões perante eventual questionamento judicial ou administrativo.

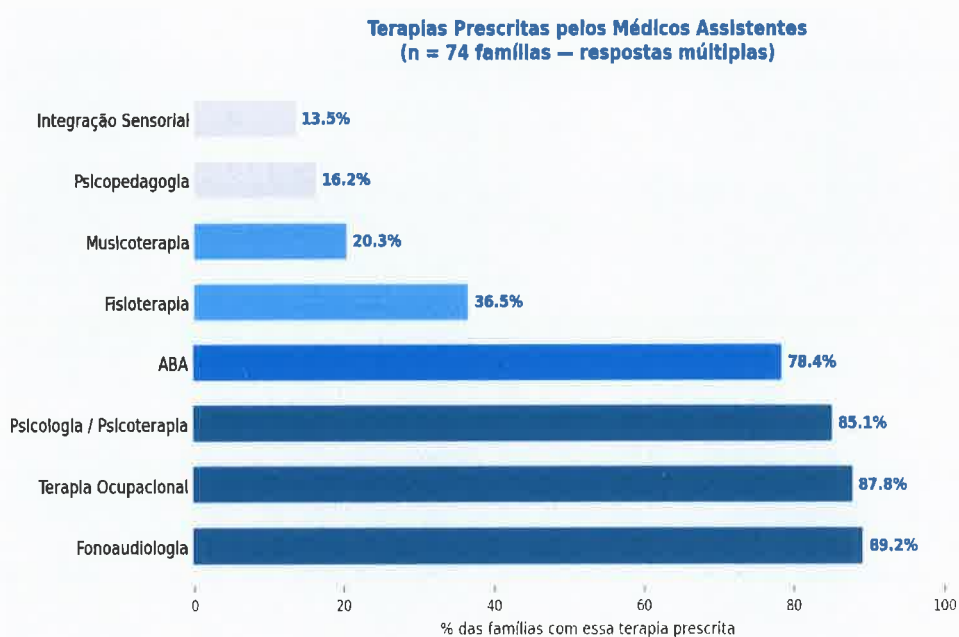
Superado este ponto, passamos à análise do perfil diagnóstico do presente formulário: 86,5% (oitenta e seis vírgula cinco por cento) dos pacientes representados possuem diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), condição que, nos termos da Lei n.º 12.764/2012 (Lei Berenice Piana) e da Lei n.º 14.790/2023, assegura acesso irrestrito e prioritário a todas as terapias previstas em laudo médico. Os demais diagnósticos incluem TDAH (31,1%) e comorbidades múltiplas – TEA associado a TDAH e/ou outras condições –, presentes em aproximadamente 24,3% dos pacientes.

**Tabela 09 – Perfil Diagnóstico dos usuários que responderam o formulário.**

Diagnóstico Principal	N	% (n=74)
TEA (Transtorno do Espectro Autista)	64	86,5%
TDAH	23	31,1%
Comorbidades múltiplas (TEA + TDAH e/ou outros)	~18	~24,3%

Fonte: Elaboração própria (2026).

**Gráfico 01 – Frequência de terapias prescritas**



Fonte: Elaboração própria (2026)

À partir da sistematização dos dados coletados, identificou-se 14 (quatorze) indicadores de irregularidade, classificados em dois níveis de gravidade conforme a frequência e a repercussão jurídica das ocorrências: gravidade crítica (incidência igual ou superior a 50% dos respondentes, com risco de dano irreversível ou descumprimento de ordem judicial) e gravidade alta (incidência entre 43,2% e 63,5%, com violação normativa identificada). O panorama consolidado é exposto na Tabela 10.

**Tabela 10** – Indicadores Críticos da CPI dos Planos de Saúde.

Indicador	N	% (n=74)	Gravidade	Dispositivo Legal
Sem comunicação prévia de descredenciamento	62	83,8%	CRÍTICA	RN ANS n.º 566/2022
Resistência inicial ao acesso	55	74,3%	CRÍTICA	Art. 35-C, Lei n.º 9.656/1998
Suspensão unilateral de atendimentos	55	74,3%	CRÍTICA	Arts. 13 e 35-C, Lei n.º 9.656/1998
Impacto clínico: estagnação ou regressão	47	63,5%	CRÍTICA	Lei n.º 12.764/2012; Lei n.º 14.790/2023
Busca ao SUS com plano ativo	46	62,2%	CRÍTICA	Arts. 196 e 199, CF/1988
Recorreu à Justiça	37	50,0%	CRÍTICA	Art. 5.º, XXXV, CF/1988
Descumprimento de liminares (17 de 25)	17/25	68,0%	CRÍTICA	Art. 330, CP; Art. 774, CPC
Negativa após decisão judicial	26	35,1%	CRÍTICA	Art. 330, CP
Informações não transparentes	44	59,5%	ALTA	Art. 6.º, III, CDC
Direcionamento forçado para rede própria	44	59,5%	ALTA	Art. 51, CDC; RN ANS n.º 566/2022
Redução de carga sem reavaliação médica	43	58,1%	ALTA	Lei n.º 14.790/2023
Atrasos de pagamento às clínicas	41	55,4%	ALTA	Art. 35-E, Lei n.º 9.656/1998
Acionou ANS para garantir cobertura	40	54,1%	ALTA	Arts. 24 e 25, Lei n.º 9.656/1998
Acionou o Ministério Público	32	43,2%	ALTA	Art. 129, VI, CF/1988

**Legenda:** Células em vermelho = Gravidade CRÍTICA ( $\geq 50\%$  ou descumprimento judicial). Células em azul = Gravidade ALTA ( $\geq 43\%$ ).

**Fonte:** Elaboração própria (2026).

O indicador de maior incidência absoluta é a ausência de comunicação prévia sobre descredenciamento de clínicas, registrada por 83,8% (oitenta e três vírgula oito por cento) das famílias – equivalente a 62 (sessenta e dois) de 74 (setenta e quatro) respondentes. A Resolução Normativa ANS n.º 566/2022 exige aviso mínimo de 30 (trinta) dias ao beneficiário antes de qualquer descredenciamento; esse prazo legal foi observado em apenas 5,4% (cinco vírgula quatro por cento) dos casos, configurando violação massiva da norma regulatória.

Gráfico 02– Comunicação prévia de descredenciamento de Clínicas.

**Comunicação Prévia sobre Descredenciamento de Clínicas  
(RN ANS n.º 566/2022 exige mínimo de 30 dias)**



Fonte: Elaboração própria (2026).

A resistência inicial ao acesso e a suspensão unilateral de atendimentos atingem, cada qual, 74,3% (setenta e quatro vírgula três por cento) das famílias – 55 (cinquenta e cinco) respondentes em ambos os indicadores. A suspensão de tratamento em curso sem justa causa é expressamente vedada pelos arts. 13 e 35-C da Lei n.º 9.656/1998, com especial rigor quando envolvidos pacientes em plena fase de desenvolvimento neuropsicomotor. A barreira de acesso desde o início do tratamento caracteriza, nos termos da jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça, negativa indireta de cobertura, conduta vedada e passível de reparação.

Tabela 11 – Resposta aos atendimentos das operadoras de planos de saúde.

Resposta	N	%
Ofereceu resistência (atrasos, burocracia excessiva, negativas)	55	74,3%
O atendimento fluiu normalmente	19	25,7%

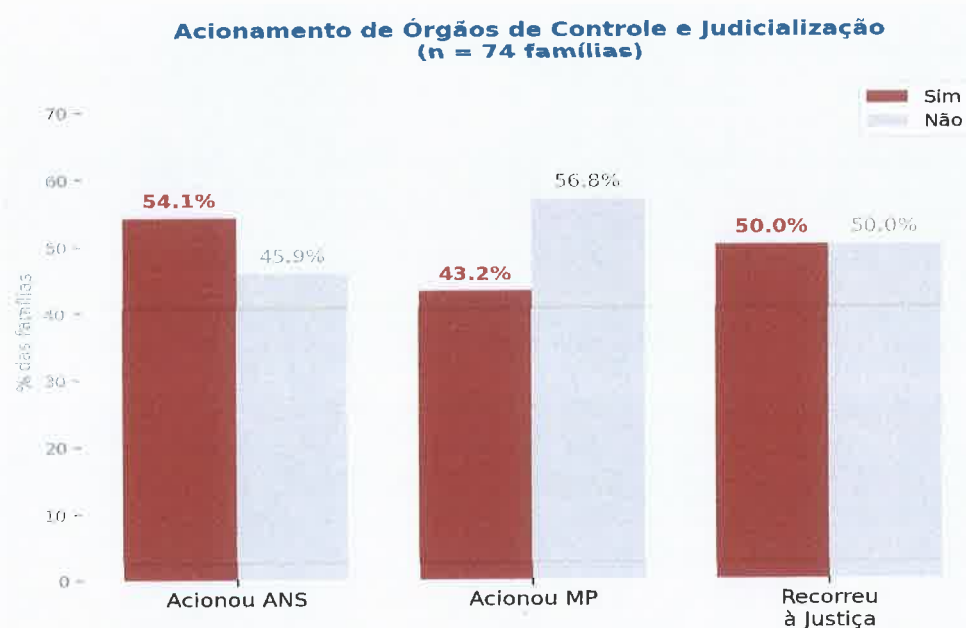
Fonte: Elaboração própria (2026).

Essas condutas, ainda que não se apresentem sob a forma de recusa expressa, produzem efeitos concretos equivalentes, na medida em que dificultam ou inviabilizam o

acesso tempestivo ao tratamento, comprometendo a efetividade do direito à saúde assegurado aos beneficiários.

Em relação ao acionamento de órgãos de controle e judicialização, o alto percentual reflete o fracasso dos mecanismos espontâneos de cumprimento contratual. A taxa de judicialização de 50,0% (cinquenta por cento) é, por si só, indicador grave de colapso do sistema de regulação setorial: metade das famílias teve de recorrer ao Poder Judiciário para obter o que lhes era assegurado por contrato e por lei.

Gráfico 03 – Acionamento aos órgãos de controle



Fonte: Elaboração própria (2026).

O elevado percentual de acionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (54,1%) e do Ministério Público (43,2%) evidencia que as famílias foram reiteradamente compelidas a recorrer a instâncias extrajudiciais e judiciais para assegurar direitos que deveriam ser observados de forma espontânea pelas operadoras. Tal cenário revela não apenas a inefetividade dos mecanismos ordinários de garantia assistencial, mas também a transferência indevida do ônus de concretização do direito à saúde aos próprios beneficiários.

De forma ainda mais alarmante, 68,0% (sessenta e oito por cento) das 25 (vinte e cinco) famílias que obtiveram decisão liminar enfrentaram descumprimento total ou parcial

pela operadora, especificamente 7 (sete) liminares jamais foram cumpridas até o momento da coleta dos dados.

Tabela 12 – Cumprimento das Decisões Liminares pelas Operadoras

Situação da Liminar	N (de 25)	%
Cumprida logo após notificação	7	28,0%
Houve demora ou resistência para cumprir	10	40,0%
Decisão NÃO cumprida até o momento	7	28,0%
<b>Total – descumprimento total ou parcial</b>	<b>17</b>	<b>68,0%</b>

Fonte: Elaboração própria (2026).

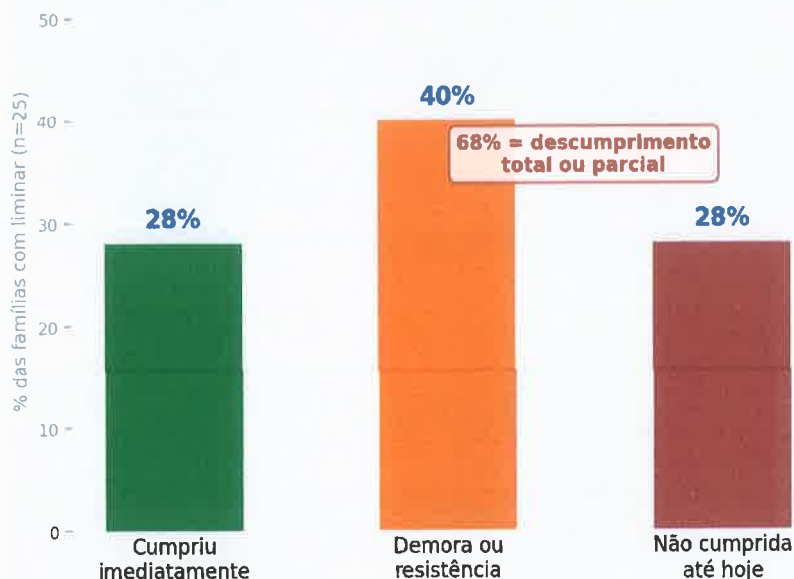
Pode-se inferir que há um quadro sistemático de desrespeito às decisões judiciais por parte das operadoras, o que revela não apenas falhas operacionais, mas um padrão de conduta que compromete a efetividade da tutela jurisdicional. O elevado índice de descumprimento – inclusive com casos de inobservância total das liminares – indica que, mesmo após a intervenção do Poder Judiciário, persiste a resistência em assegurar o acesso ao tratamento, esvaziando, na prática, a força coercitiva das decisões judiciais.

Esse cenário evidencia uma dupla violação: de um lado, ao direito fundamental à saúde dos beneficiários; de outro, à própria autoridade das decisões judiciais, o que pode caracterizar afronta ao dever de cumprimento imediato das ordens judiciais e, em determinados casos, ensejar a adoção de medidas coercitivas mais gravosas. Em termos mais amplos, os dados revelam um ambiente de litigiosidade forçada e de baixa conformidade regulatória, no qual o acesso a direitos básicos depende, reiteradamente, de atuação judicial e, ainda assim, não é plenamente assegurado.

Adicionalmente, 26 (vinte e seis) famílias – 35,1% do total e 64,9% do universo de judicializadas – confirmaram que o atendimento foi negado na clínica ou pelo plano mesmo com decisão judicial favorável em vigor. 8 (oito) famílias confirmaram que a operadora optou conscientemente por acumular multas judiciais a restabelecer o serviço, o que revela estratégia deliberada de inadimplência processual e sinaliza necessidade de representação ao Ministério Público para apuração de responsabilidade penal e civil dos gestores responsáveis.

**Gráfico 04 – Cumprimento de decisões liminares pelas operadoras**

**Cumprimento de Decisões Liminares pelas Operadoras  
(entre as 25 famílias que obtiveram liminar)**



Fonte: Elaboração própria (2026).

Pode-se inferir que há uma prática reiterada e consciente de descumprimento de decisões judiciais por parte das operadoras, ultrapassando o mero inadimplemento pontual e revelando uma estratégia deliberada de resistência. O fato de 26 (vinte e seis) famílias – inclusive após a obtenção de provimento judicial favorável – ainda enfrentarem negativas de atendimento demonstra a ineficácia prática das decisões judiciais frente à conduta das operadoras.

Mais grave ainda, a constatação de que, em 8 (oito) casos, houve a opção deliberada por acumular multas em vez de restabelecer o serviço evidencia uma lógica econômica de descumprimento, na qual o custo da sanção judicial é tratado como inferior ao custo do cumprimento da obrigação. Tal cenário aponta para possível prática de inadimplência processual estratégica, comprometendo a autoridade das decisões judiciais e indicando a necessidade de atuação do Ministério Público para apuração de eventuais responsabilidades civis e penais dos gestores envolvidos.

### 7.1 IMPACTO CLÍNICO NO DESENVOLVIMENTO DOS PACIENTES

Os dados relativos ao impacto clínico das interrupções e restrições de terapia constituem, na avaliação desta Comissão, o conjunto probatório de maior gravidade do

presente inquérito. As respostas demonstram que as condutas das operadoras não produziram apenas violações contratuais e legais abstratas, mas danos concretos, mensuráveis e, em muitos casos, potencialmente irreversíveis ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças e adolescentes.

Do universo de 74 (setenta e quatro) famílias respondentes, 63,5% (sessenta e três vírgula cinco por cento) – equivalente a 47 (quarenta e sete) pacientes – relataram estagnação ou regressão do desenvolvimento após as interrupções ou restrições de terapia impostas pelas operadoras. Apenas 9,5% (nove vírgula cinco por cento), isto é, 7 (sete) pacientes relataram continuidade do progresso terapêutico. Os dados são sistematizados na Tabela 13:

**Tabela 13 – Impacto clínico no desenvolvimento dos pacientes.**

Resultado Clínico	N	%
Estagnação (paciente parou de evoluir)	29	39,2%
Regressão (paciente piorou)	18	24,3%
Sem alteração significativa	20	27,0%
Progresso (continuou evoluindo)	7	9,5%
<b>Total com estagnação ou regressão</b>	<b>47</b>	<b>63,5%</b>

Fonte: Elaboração própria (2026).

Em relação aos tipos de retrocesso clínico observados após as interrupções terapêuticas. Os dados, sistematizados na Tabela 14, revelam um espectro de comprometimento que abrange as principais dimensões do desenvolvimento neuropsicomotor.

**Tabela 14 – Tipos de Retrocesso Clínico Observados após Interrupção/Redução das Terapias**

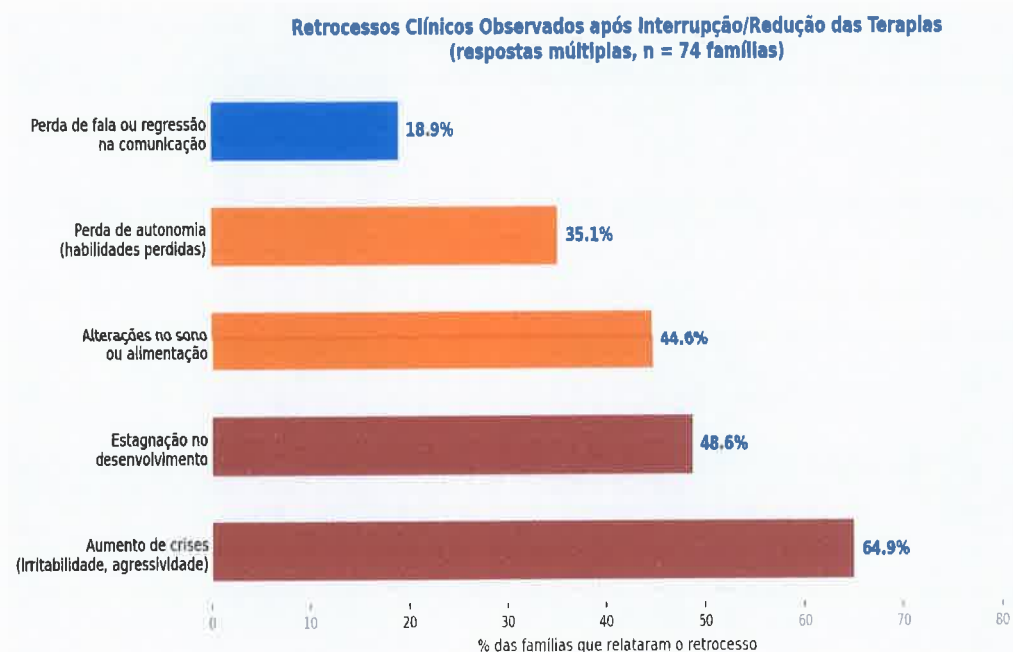
Tipo de Retrocesso	N	% das famílias
Aumento de crises (instabilidade, agressividade)	48	64,9%
Estagnação no desenvolvimento	36	48,6%
Alterações no sono ou alimentação	33	44,6%
Perda de autonomia (habilidades perdidas)	26	35,1%
Perda de fala ou regressão na comunicação	14	18,9%

Fonte: Elaboração própria (2026).

Registra-se que o gráfico 05 apresentada reproduz fielmente os dados constantes da Tabela 14 consolidando, em formato descritivo, as informações relativas às ocorrências de

regressão, com destaque para a perda de fala (18,9%) como uma das manifestações de maior gravidade.

**Gráfico 05** – Retrocessos clínicos observados após a interrupção/redução das terapias.



Fonte: Elaboração própria (2026).

O indicador de perda de fala ou regressão na comunicação verbal, relatado por 18,9% (dezoito vírgula nove por cento) das famílias, equivalente a 14 (quatorze) pacientes, merece destaque especial. A linguagem verbal é uma função cognitiva de aquisição crítica: quando perdida ou prejudicada em razão da ausência de estimulação fonoaudiológica continuada durante as janelas de desenvolvimento neoplásico, sua recuperação integral pode ser impossível. A relevância clínica deste dado é respaldada pela literatura especializada em neurociências do desenvolvimento e impõe o reconhecimento de que as condutas das operadoras produziram, em parcela dos pacientes, danos de caráter permanente.

O aumento de crises comportamentais – incluindo instabilidade emocional e agressividade –, registrado em 64,9% (sessenta e quatro vírgula nove por cento) das famílias com descumprimento de liminares, repercute não apenas sobre o desenvolvimento do paciente, mas sobre toda a dinâmica familiar, como detalhado na subseção 5.4.

Para crianças com Transtorno do Espectro Autista, a interrupção da estimulação intensiva multidisciplinar durante as fases críticas do desenvolvimento neurológico pode gerar sequelas irreversíveis. Este entendimento é corroborado pela Nota Técnica n.º 1/2023 do Conselho Federal de Fonoaudiologia, pelos protocolos do Ministério da Saúde relativos ao TEA e pela produção científica que embasa a Lei n.º 14.790/2023. O art. 3.º desta lei veda expressamente qualquer interferência administrativa das operadoras na definição qualitativa e quantitativa do tratamento prescrito pelo médico assistente, tornando ilícita – com respaldo legal explícito – a conduta de 58,1% (cinquenta e oito vírgula um por cento) das operadoras identificadas na pesquisa, que reduziram a carga horária terapêutica sem reavaliação médica.

**Tabela 15 – Redução Indevida da Carga Terapêutica sem Reavaliação Médica**

Resposta	N	%
Sim - redução sem reavaliação médica	43	<b>58,1%</b>
Não	31	41,9%

Fonte: Elaboração própria (2026).

Pode-se inferir que a redução unilateral da carga terapêutica por parte das operadoras configura grave violação não apenas às diretrizes clínicas estabelecidas para o tratamento do Transtorno do Espectro Autista, mas também ao ordenamento jurídico vigente. A interrupção ou diminuição da estimulação intensiva em fases críticas do desenvolvimento neurológico expõe as crianças a riscos concretos de prejuízos irreversíveis, comprometendo de forma permanente suas capacidades funcionais e qualidade de vida.

Nesse contexto, o fato de 58,1% (cinquenta e oito vírgula um por cento) das operadoras terem promovido tal redução sem reavaliação médica evidencia uma prática sistemática de ingerência indevida na condução terapêutica, em afronta direta ao art. 3.º da Lei n.º 14.790/2023, que veda expressamente intervenções administrativas na definição do tratamento. Tal conduta, além de tecnicamente inadequada, revela descompasso com as orientações do Ministério da Saúde e com os parâmetros fixados pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, indicando um padrão de atuação que compromete a efetividade do cuidado e demanda resposta institucional mais incisiva.

Os danos clínicos documentados nesta seção constituem, nos termos do art. 186 do Código Civil combinado com o art. 927, parágrafo único, do mesmo diploma, fundamento

para a responsabilização civil objetiva das operadoras, independentemente de comprovação de dolo ou culpa, dado que a atividade de operação de planos de saúde implica risco inerente aos usuários em situação de vulnerabilidade.

## 7.2 IMPACTO NA SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES

A análise das respostas qualitativas coletadas pelo formulário revela um padrão alarmante de sofrimento psíquico entre os cuidadores, predominantemente mães, diretamente associado à luta pelo acesso à saúde dos filhos. Os relatos espontâneos consignados no instrumento de coleta integram o acervo probatório desta Comissão e são reproduzidos em forma anônima, na forma da Lei n.º 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), para fins de documentação e fundamentação dos encaminhamentos institucionais.

A análise de conteúdo das respostas abertas identificou os seguintes termos e expressões de maior frequência: ansiedade, depressão, exaustão, desespero, insônia, crises de pânico, medo e sensação de abandono institucional. A recorrência sistemática destas expressões, vistas em relatos independentes, de famílias distintas, sobre operadoras variadas afasta a hipótese de coincidência e aponta para um padrão estrutural de adoecimento psíquico dos cuidadores como efeito colateral direto das práticas irregulares das operadoras.

A literatura em saúde do cuidador, especialmente no contexto de crianças com TEA, já documenta taxas elevadas de transtornos de ansiedade e depressão nos responsáveis. Os dados coletados pela CPI indicam que as barreiras de acesso impostas pelas operadoras atuam como fator agravante deste quadro, adicionando ao sofrimento inerente ao cuidado intensivo a carga da luta burocrática e judicial por direitos legalmente garantidos.

Os depoimentos a seguir foram selecionados por sua representatividade do padrão de sofrimento identificado. A identidade dos respondentes é preservada, sendo os relatos identificados apenas por código interno desta Comissão.

**Respondente 1 (mãe, três filhos com TEA, beneficiária da rede privada em Belém):**

[...] Estamos exaustos, com ansiedade e insônia. Tenho 3 autistas e isso é desesperador. Não dormir, não descansar, ligar para o plano todo dia sem ser atendida — é uma tortura que não para.

**Respondente 2 (mãe, filho com TEA, com liminar judicial descumprida):**

[...] Tenho medo de morrer e meu filho não ser completamente funcional. Cada mês sem terapia é um mês que a gente não vai recuperar. O plano sabe disso e não liga.

Os depoimentos acima sintetizam a dimensão do sofrimento documentado. O primeiro evidencia o impacto cumulativo da luta administrativa sobre cuidadores de múltiplos dependentes; o segundo revela o componente de irreversibilidade que permeia a percepção das famílias – e que é, conforme demonstrado na seção 5.3, clinicamente fundamentado. Ambos constituem indícios da existência de dano moral coletivo passível de tutela pelos instrumentos da ação civil pública (Lei n.º 7.347/1985).

Os dados quantitativos relativos ao comportamento das famílias diante das falhas do sistema suplementar reforçam o quadro de colapso da confiança nas operadoras, conforme a Tabela 16.

**Tabela 16 – Impacto Sistêmico: Busca ao SUS e Ruptura com o Plano Privado**

Indicador	N	%
Famílias que buscaram atendimento no SUS com plano ativo	46	62,2%
Conhecem famílias que cancelaram o plano e migraram ao SUS	38	51,4%
Demora no SUS equivalente ou maior que na operadora	37	50,0%
Não conseguiram iniciar tratamento pelo SUS	21	28,4%

Fonte: Elaboração própria (2026).

A taxa de 62,2% (sessenta e dois vírgula dois por cento) de famílias que recorreram ao SUS enquanto mantinham plano privado ativo é indicador crítico de falha sistêmica da saúde suplementar. O sistema privado, que deveria ser complementar ao SUS, está, na prática, transferindo sua demanda de volta ao sistema público – sobrecarregando este último com pacientes que deveriam ser assistidos pela rede privada já contratada e paga. Os 51,4% (cinquenta e um vírgula quatro por cento) que relatam conhecer famílias que cancelaram o plano representam erosão de legitimidade e de confiança cuja reversão demanda intervenção regulatória estrutural.

## CAPÍTULO VIII

### REQUISIÇÕES DE DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES SOLICITADOS

No exercício do poder instrutório que lhe é constitucionalmente assegurado, nos termos do art. 58, § 3º, da Constituição Federal de 1988, esta Comissão Parlamentar de Inquérito procedeu à expedição de requisições formais de documentos, dados e informações a órgãos públicos, entidades privadas, operadoras de planos de saúde, bem como a demais pessoas físicas e jurídicas potencialmente relacionadas aos fatos sob investigação.

Tal prerrogativa, de natureza constitucional, confere às Comissões Parlamentares de Inquérito poderes de investigação próprios das autoridades judiciais, permitindo-lhes determinar diligências indispensáveis à elucidação dos fatos, inclusive mediante requisição compulsória de informações, observados os direitos e garantias fundamentais.

Para tanto, as requisições expedidas por esta CPI tiveram como objetivos principais: subsidiar a análise técnica e jurídica das condutas investigadas; verificar a regularidade da atuação das operadoras de planos de saúde no âmbito municipal; identificar eventuais práticas abusivas, omissões ou ilegalidades; reunir elementos probatórios para formação do convencimento desta Comissão; e possibilitar o cruzamento de dados entre diferentes fontes de informação.

Ressalta-se que as requisições expedidas serão analisadas de forma discriminada ao longo deste capítulo, nos quais serão detalhados os respectivos destinatários, objetos, grau de cumprimento e observações pertinentes, de modo a conferir maior clareza, sistematização e transparência à exposição dos dados coletados.

#### **8.1 REQUISIÇÃO – UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

No curso dos trabalhos desta Comissão Parlamentar de Inquérito, foi expedido o **OFÍCIO Nº 027/2026 – CPI/CMB**, datado de **27 de MARÇO DE 2026**, por meio do qual se formalizou a requisição de informações de um conjunto detalhado de informações para instruir seus trabalhos de investigação, quais sejam:

1. O fornecimento detalhado dos dados relativos aos cancelamentos de contratos de beneficiários pessoas com deficiência, no período dos últimos 24 (vinte e quatro) meses, com a devida discriminação por tipo de plano,

faixa etária, motivo do cancelamento, natureza (unilateral ou a pedido), bem como a indicação de eventual ocorrência de rescisões após o início de tratamentos contínuos

2. Apresentação dos mecanismos de monitoramento e avaliação do atendimento prestado pela rede credenciada especificando-se: os critérios qualitativos e quantitativos adotados; os indicadores de desempenho utilizados; a periodicidade das avaliações; e as medidas corretivas implementadas em casos de inconformidade ou baixa performance assistencial
3. O fornecimento de informações acerca da existência e gestão de listas de espera para terapias destinadas às pessoas com deficiência, incluindo: o tempo médio de espera por tipo de terapia; a quantidade de beneficiários que estão aguardando atendimento; a metodologia de organização da fila; e as justificativas técnicas para eventuais atrasos, com vistas à apuração de possível ineficiência na prestação do serviço;
4. O acesso a dados internos auditáveis que permitem aferir o tempo médio real de autorização de terapias para beneficiários diagnosticados com TEA, TDAH e demais condições neurodivergentes, no período dos últimos 2 (dois) anos, com a devida segregação por tipo de procedimento, urgência e canal de solicitação
5. O envio de informações detalhadas acerca das ações de fiscalização e controle realizadas pela operadora junto às clínicas e profissionais credenciados, incluindo: a periodicidade das fiscalizações, os critérios de auditoria assistencial, eventuais sanções aplicadas; e os mecanismos adotados para assegurar a qualidade, regularidade e continuidade dos atendimentos prestados aos beneficiários.

Em 10 de abril de 2026, a Unimed Belém apresentou manifestação por intermédio do escritório Trindade Advogados, subscrita pelo Dr. Diogo de Azevedo Trindade. Ao que passamos à análise dos itens solicitados

Quanto ao Item 1, a operadora informou o cancelamento de 2.287 contratos de beneficiários vinculados a terapias no período de 24 meses, apresentando tabela de motivos e

gráfico de movimentação de planos. Contudo, a resposta é insuficiente em aspectos essenciais, pois não há discriminação por tipo de plano, por faixa etária dos beneficiários nem por natureza dos cancelamentos (unilateral ou a pedido). Mais grave, a operadora não respondeu ao quesito sobre a eventual ocorrência de rescisões contratuais após o início de tratamentos contínuos – dado de maior relevância para a apuração de possíveis violações ao direito à saúde de beneficiários em situação de vulnerabilidade. A omissão dessas categorias impede a Comissão de verificar se houve padrão discriminatório ou abusivo nos desligamentos.

Em relação ao item 2, a operadora afirmou realizar análise mensal dos registros de atendimento e encaminhar inconformidades ao Departamento de Gestão de Rede. Todavia, a resposta carece de substância técnica, visto que não foram descritos os critérios qualitativos adotados no monitoramento, tampouco apresentados os indicadores formais de desempenho utilizados. A ausência de dados concretos sobre as medidas corretivas efetivamente implementadas torna impossível avaliar se os mecanismos de controle são adequados, regulares e eficazes.

O Item 3 foi o único respondido de forma satisfatória. A operadora informou que os tempos médios de espera variam entre 3 e 10 dias corridos, compatíveis com o prazo regulamentado pela RN 566/2022 da ANS (até 10 dias úteis), explicitou os tempos por especialidade, informou a existência de 112 pedidos em fila de espera dentro do prazo regulamentar e descreveu a metodologia de organização da fila e as regras aplicáveis à troca de clínica a pedido do beneficiário.

Quanto ao Item 4 – quesito de especial sensibilidade no contexto desta CPI –, a resposta da operadora é manifestamente insuficiente. Ao invés de fornecer dados auditáveis sobre o tempo médio de autorização de terapias para beneficiários com TEA, TDAH e condições neurodivergentes nos últimos dois anos, segregados por tipo de procedimento, urgência e canal de solicitação, conforme expressamente requisitado, a operadora limitou-se a descrever os canais de recepção de pedidos (WhatsApp e atendimento presencial) e o fluxo procedimental de análise. Logo, nenhuma série histórica, nenhum dado estatístico e nenhum indicador operacional foram apresentados, sugerindo certa resistência ao fornecimento de informações que poderiam revelar demoras sistemáticas ou tratamento diferenciado nas autorizações para esse perfil de beneficiário.

No tocante ao Item 5, a situação é ainda mais grave, visto que a operadora não forneceu absolutamente nenhuma informação sobre suas ações de fiscalização e controle junto a clínicas e profissionais credenciados.

A manifestação se limita a solicitar dilação de prazo, sem indicar qualquer cronograma, sem fornecer dados parciais disponíveis e sem esclarecer as razões pelas quais informações de natureza operacional – presumivelmente de domínio próprio da operadora – não estariam imediatamente acessíveis. A ausência completa de resposta a este quesito é particularmente relevante, pois são justamente os mecanismos de fiscalização da rede credenciada que permitem aferir a qualidade e regularidade dos atendimentos prestados aos beneficiários mais vulneráveis.

Merece registro, ainda, a estrutura retórica adotada pela operadora em seu documento. Antes de responder aos quesitos, a manifestação dedica parcela expressiva do texto a considerações sobre fraudes alegadas por clínicas não credenciadas e laudos médicos irregulares – tema que, embora pudesse ser pertinente em outro contexto, configura desvio da análise que recai sobre as próprias práticas da operadora.

Diante do exposto, na condição de relatora desta CPI, registra-se que a resposta da Unimed Belém ao Ofício nº 027/2026 – CPI/CMB é parcialmente insatisfatória, com descumprimento integral de um dos quesitos formulados e atendimento incompleto de três outros.

## **8.2 REQUISIÇÃO – HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A**

Em 06 DE ABRIL DE 2026, através do OFÍCIO N.º030/2026 – CPI/CMB, a CPI requereu informações detalhadas sobre a assistência prestada aos beneficiários com deficiência e condições neurodivergentes. Entre as requisições principais, a CPI exigiu seis itens específicos: relatório de rede de beneficiários com deficiências e redes credenciadas (Item 1); mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade (Item 2); gestão de listas de espera para terapias (Item 3); dados auditáveis sobre tempo de autorização para TEA/TDAH e condições neurodivergentes nos últimos 2 anos (Item 4); ações de fiscalização e controle da rede credenciada (Item 5); e relatório detalhado de repasses financeiros às clínicas credenciadas nos últimos 2 anos (Item 6).

Em resposta, encaminhada dia 10 DE ABRIL DE 2026, a HAPVIDA, subscrita pelos advogados Eduardo Coelho Cavalcanti (OAB/PE 23.546) e Ricardo de

Castro e Silva Dalle (OAB/PE 23.679), do escritório Coelho & Dalle Advogados em associação com Madrona Advogados, encaminhou manifestação formal, ao qual passamos a análise dos itens.

Quanto ao Item 1, a Hapvida informou possuir 1.330 beneficiários com TEA em acompanhamento ativo em Belém, atendidos por modelo assistencial verticalizado composto por duas unidades próprias (Medicina Preventiva Chaco e Clínica Mauriti, ambas no bairro Marco) e por uma única clínica credenciada (CETE – Centro Especializado em Terapias, no Umarizal), que atende 31 beneficiários. Contudo, a CPI requisitou um relatório documento estruturado de beneficiários com deficiências em geral e das redes de atendimento.

Estando ausente, portanto, dados sobre beneficiários com quaisquer outras deficiências além do TEA; a composição profissional e a capacidade instalada de cada unidade; e a abrangência da cobertura assistencial no município.

Em relação ao Item 2, a operadora descreveu sua metodologia de monitoramento baseada no Plano Terapêutico Individualizado (PTI), com devolutivas periódicas a cada 90 dias e reavaliações estruturadas a cada 180 dias. Ainda, a operadora enunciou como indicadores de desempenho **a evolução clínica, a taxa de adesão ao tratamento e o nível de satisfação dos beneficiários, coletado via SAC e Notificações de Intermediação Preliminar (NIP)**, tendo declarado não haver registro atual de baixa performance relevante que tenha demandado sanções mais gravosas, carecendo inteiramente de dados que sustentem essas afirmações, visto que não foram apresentados resultados de avaliações, registros de inconformidades identificadas ou medidas corretivas efetivamente implementadas, impedindo que a Comissão avalie se o sistema de monitoramento descrito funciona na prática e com que efetividade.

No que concerne ao Item 3, a Hapvida declarou que não há, no presente momento, nenhum beneficiário aguardando atendimento em lista de espera, afirmando que sua metodologia privilegia o início imediato das intervenções.

É válido lembrar que a CPI requisitou informações sobre tempo médio de espera por tipo de terapia, quantidade de beneficiários aguardando, metodologia de organização da fila e justificativas para eventuais atrasos e a resposta encaminhada pela operadora sequer abordou todos esses elementos, substituindo-os por uma afirmação negativa sem respaldo documental.

Quanto ao Item 4, houve a requisição dos dados internos auditáveis dos últimos 2 anos sobre o tempo médio real de autorização, com segregação por tipo de procedimento, urgência e canal de solicitação, tendo a Hapvida limitado-se a declarar conformidade com o prazo máximo de 10 dias úteis previsto na Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS e a descrever o processo multicanal de recepção de solicitações, ao que portanto, não acabou fornecendo nenhum desses elementos, inviabilizando qualquer apuração efetiva sobre o cumprimento real dos prazos pela operadora.

Com relação ao Item 5, a Hapvida apresentou a resposta descritiva com maior nível de detalhamento do documento, informando a realização de visitas técnicas regulares, os critérios de auditoria clínica adotados e a existência de um gradiente de medidas sancionatórias que pode culminar no descredenciamento do prestador. No entanto, não foram informados da periodicidade real das visitas, do número de auditorias realizadas, dos resultados apurados, nem das sanções efetivamente aplicadas.

No que tange ao Item 6, a operadora confirmou que os repasses financeiros às clínicas credenciadas são realizados regularmente, mas, em seguida, argumentou que a análise detalhada desses repasses “não se mostra elemento central” para a compreensão do modelo assistencial local, justificando essa posição pelo caráter complementar da rede credenciada.

Do exposto em todos os seis quesitos, a operadora respondeu com narrativas descritivas de seus próprios processos e declarações sobre seus próprios comportamentos, sem apresentar nenhum dado numérico, nenhuma série histórica, nenhuma documentação comprobatória e nenhum arquivo auditável. A ausência sistemática de evidências compromete o propósito investigativo desta Comissão e impede qualquer avaliação objetiva e independente da qualidade assistencial prestada aos beneficiários com deficiência em Belém.

### **8.3 REQUISIÇÃO – PLANO AMAZÔNIA SAÚDE LTDA**

Ainda, a Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara Municipal de Belém, presidida pelo Vereador André Martha, encaminhou em **06 DE ABRIL DE 2026** o **OFÍCIO Nº 031/2026** ao Plano Amazônia Saúde Ltda., fixando prazo até 10 de abril de 2026 para o envio de respostas a seis itens requisitados por esta Comissão, a saber:

a saber:

- 1) Relatório de rede de usuários/beneficiários com deficiências e as redes credenciadas/conveniadas de atendimento;

- 2) Mecanismos de monitoramento e avaliação do atendimento prestado pela rede credenciada, incluindo critérios qualitativos e quantitativos, indicadores de desempenho, periodicidade das avaliações e medidas corretivas em casos de inconformidade;
- 3) Informações sobre a existência e gestão de listas de espera para terapias destinadas a pessoas com deficiência, incluindo tempo médio de espera por tipo de terapia, quantidade de beneficiários aguardando, metodologia de organização da fila e justificativas técnicas para eventuais atrasos;
- 4) Dados internos auditáveis sobre o tempo médio real de autorização de terapias para beneficiários diagnosticados com TEA, TDAH e demais condições neurodivergentes, nos últimos dois anos, segregados por tipo de procedimento, urgência e canal de solicitação;
- 5) Informações detalhadas sobre as ações de fiscalização e controle realizadas pela operadora junto às clínicas e profissionais credenciados, incluindo periodicidade, critérios de auditoria, sanções aplicadas e mecanismos de garantia de qualidade;
- 6) Relatório de repasses financeiros realizados às clínicas credenciadas nos últimos dois anos, contendo discriminação dos valores pagos, periodicidade, identificação das unidades, natureza dos serviços e retenções ou ajustes.

Em resposta ao Item 1, a operadora anexou, sob a denominação de ANEXO I, uma relação nominal de 1.217 beneficiários atendidos no período de março de 2024 a março de 2026, bem como elencou 14 prestadores integrantes de sua rede credenciada para o segmento de terapias, localizados nos municípios de Belém, Ananindeua e Barcarena. Contudo, o atendimento a este item deve ser classificado como PARCIAL, pois a relação fornecida é exclusivamente nominal, não contendo qualquer informação sobre o tipo de deficiência ou condição clínica de cada beneficiário, a modalidade de terapia utilizada, a frequência dos atendimentos, o prestador responsável ou qualquer outro dado clínico-operacional que permita à CPI avaliar a adequação da rede às necessidades do público atendido.

Além disso, o listão de prestadores, igualmente, não informa a espécie de serviço disponibilizado por cada clínica, impedindo a verificação da cobertura assistencial por tipo de terapia, comprometendo o objetivo central da requisição, que era aferir a correspondência entre o perfil dos beneficiários com deficiência e os serviços efetivamente disponibilizados pela rede credenciada.

Em relação ao item 2, a operadora descreveu a existência de um setor especializado de autorização e regulação de terapias, que configura como mecanismo de monitoramento baseado na contagem de atendimentos e terapias solicitadas, devolutivas realizadas a cada três a seis meses em casos de inconformidade, e sanções consistentes em orientação e treinamento. Como indicador de desempenho, a operadora apontou o prazo de autorização de três a cinco dias úteis, bem como apresentou demonstrativo de atendimentos referente exclusivamente aos meses de fevereiro e março de 2026.

No que se refere ao item 3, a Amazônia Planos de Saúde Ltda. afirmou categoricamente não possuir lista de espera para terapias destinadas a pessoas com deficiência, atribuindo os agendamentos à gestão das próprias clínicas credenciadas, tendo informado ainda, que sua intervenção ocorre quando provocada por beneficiários, e que, nessas situações, tem obtido êxito na mediação com os prestadores.

Em resposta da operadora ao item 4, a mesma não apresentou dados reais extraídos de sua base operacional acerca dos dados auditáveis solicitados pelo ofício encaminhado por esta CPI, tendo se limitado a reproduzir os prazos máximos fixados pelas Resoluções Normativas n.º 259/2011 e n.º 566/2022 da ANS, não atendendo portanto, ao objeto da requisição parlamentar.

Em relação à fiscalização e controle da rede credenciada, descrita no item 5 desta requisição, a operadora descreveu, de forma genérica, a existência de um setor de auditoria médica em terapias, a realização de vistoria técnica no momento do credenciamento dos prestadores, e a disponibilização de atendimento presencial e especialidades clínicas em sua sede própria, não tendo apresentado sequer algum documento, relatório, registro ou dado que comprove a realização efetiva de fiscalizações continuadas, nem registros de sanções aplicadas.

Quanto aos repasses financeiros às clínicas credenciadas, item 6 da requisição, a operadora apresentou por meio do Anexo II, um relatório de repasses financeiros discriminados por prestador, com valores mensais e totais, abrangendo o período de março de 2024 a março de 2026. Além disso, foram fornecidas informações sobre a natureza dos serviços remunerados e os ajustes de tabela realizados no período, com destaque para os reajustes aplicados à NKN Physiotherapy Center Ltda., à RTA – Reabilitação Terapêutica Autoevolutiva e à Neuroability Ltda.

#### **8.4 REQUISIÇÃO – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Em 06 DE ABRIL DE 2026, através do OFÍCIO N.º032/2026 – CPI/CMB, a CPI requereu informações detalhadas sobre a assistência prestada aos beneficiários com deficiência e condições neurodivergentes. Entre as requisições principais, a CPI exigiu seis itens específicos:

- 1) Resoluções normativas vigentes sobre prazos máximos para garantia de atendimento, procedimentos e terapias, com indicação dos parâmetros regulatórios e critérios de cumprimento estabelecidos pela ANS.
- 2) Modelo atual e novo modelo de fiscalização e controle da ANS, especialmente quanto à aplicação de sanções administrativas, com detalhamento dos tipos de penalidades, critérios, procedimentos sancionatórios e imposição de multas.
- 3) Dados estatísticos de denúncias e reclamações recebidas no Estado do Pará, com recorte específico no Município de Belém, nos últimos 2 anos: quantitativo de demandas, processos sancionatórios, multas e casos arquivados, discriminados por natureza da infração, fase procedimental e desfecho administrativo.
- 4) Número de Notificações de Intermediação Preliminar (NIP) por operadora, especialmente UNIMED, HAPVIDA e Plano Amazônia Saúde, com recorte por município (Belém), tipo de plano (individual, coletivo, empresarial) e tipo de demanda (tratamento terapêutico de pessoas com deficiência), no período dos últimos 2 anos.
- 5) Notas completas do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) por operadora, especialmente UNIMED, HAPVIDA e Plano Amazônia Saúde, com composição do índice por dimensão: qualidade em atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade e gestão de processos.
- 6) Coberturas obrigatórias estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (RN n.º 465/2021) relativas às pessoas com deficiência, com especificação dos procedimentos cobertos e das respectivas Diretrizes de Utilização (DUT).
- 7) Número de beneficiários com TEA e outros tipos de deficiência; relação de demandas relacionadas a ABA, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outras terapias; eventual limitação de sessões terapêuticas para PCDs; e negativas

de cobertura por parte das operadoras em relação às pessoas com deficiência.

- 8) Cobertura de medicamentos pelos planos de saúde para todos os usuários, incluindo as regras sobre medicamentos de uso ambulatorial, domiciliar e oncológico, e as normas de registro na ANVISA.
- 9) Relatórios de fiscalização sobre o cumprimento do Rol de Procedimentos; atuações de descumprimento identificadas; e interpretação adotada pela ANS após a decisão do STJ e do STF sobre o caráter exemplificativo ou taxativo do Rol.

Adicionalmente, os despachos internos da ANS revelam que o ofício continha itens suplementares (4, 5, 7 e 9) respondidos pelas áreas técnicas da Diretoria de Normas de Habilitação em Produtos – DIPRO e Diretoria de Fiscalização – DIFIS, abrangendo: cobertura obrigatória para pessoas com deficiência (TEA/TDAH e outros neurodivergências); notas do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) das operadoras que atuam em Belém; número de Notificações de Intermediação Preliminar (NIP) por operadora; e relatórios de fiscalização sobre cumprimento do Rol de Procedimentos.

Primeiramente, no que se refere ao item 1, 6 e 8, o **DESPACHO N.º 304/2026/COMEC/GCITS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO** apresentou resposta técnica detalhada e abrangente quanto à regulamentação vigente dos prazos máximos de atendimento, a qual destacou a Resolução Normativa n.º 566/2022 que disciplina os prazos a partir do momento da demanda pelo serviço até a sua efetiva realização, com disposições específicas para hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município, bem como a obrigatoriedade de reembolso integral em caso de descumprimento.

Para o âmbito específico das pessoas com deficiência, dos beneficiários com TEA e condições neurodivergentes, a ANS esclareceu que as Resoluções Normativas n.º 469/2021 e n.º 539/2022 garantem: (a) sessões ilimitadas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento do Transtorno do Espectro Autista; e (b) a partir de 01/07/2022, cobertura obrigatória para qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento de pacientes diagnosticados com transtornos enquadrados no CID F84, incluindo o método ABA. Esse marco regulatório é significativo para a investigação em curso, pois estabelece o parâmetro legal com o qual deve ser confrontado o comportamento das operadoras que atuam em Belém, atendendo integralmente ao item solicitado.

No que se refere ao modelo de fiscalização, sanções administrativas e reclamações, item 2, 3, 4. 7 9 da presente requisição, o **DESPACHO N.º 788/2026/DIRAD-DIFIS/DIFIS** descreveu de forma sistemática os dois pilares da atuação fiscalizatória da ANS, sendo estes a fiscalização reativa, baseada em reclamações de consumidores e processada por meio da fase pré-processual de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) e, em caso de frustrada a mediação, abertura de processo administrativo sancionador; e a fiscalização planejada, conduzida por meio das Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APF), iniciadas em agosto de 2023 e orientadas pelo Índice Geral de Reclamações (IGR).

No recorte específico de demandas envolvendo pessoas com deficiência em Belém, a ANS identificou 392 NIPs (365 assistenciais e 27 não assistenciais), das quais 22 das quais apenas 1 resultou em multa no subtema Rol de Procedimentos e Cobertura Contratual. Adicionalmente, a taxa de conversão de reclamações de PCDs em sanções efetivas é, portanto, muito baixa (em torno de 0,27% das NIPs totais de PCD em Belém), dado que a CPI deve levar em consideração na avaliação da eficácia do sistema regulatório vigente.

Em relação ao Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) –IDSS, item 5 apresentado pela Agência, os dados fornecidos pela ANS no Despacho n.º 42 são particularmente relevantes para a investigação em curso.

O Plano de Saúde Amazônia LTDA – operadora já investigada nesta CPI – obteve a nota de 0,3017 na dimensão Garantia de Acesso (IDGA) do IDSS ano-base 2024. Trata-se do pior resultado absoluto dentre as quatro operadoras avaliadas, e o único resultado abaixo de 0,4 nessa dimensão.

A ANS contextualiza esse resultado ao afirmar que o baixo desempenho na dimensão Garantia de Acesso é recorrente no setor de saúde suplementar, atribuindo-o a fatores estruturais e às características dos indicadores atrelados à rede de prestadores. Contudo, essa contextualização não neutraliza o dado: mesmo em relação à outra operadora de pequeno porte investigada (PROASA Saúde Pará, com 32.707 beneficiários), o Plano de Saúde Amazônia (15.529 beneficiários) apresentou IDGA de 0,3017 contra 0,6600 da PROASA, ou seja, menos da metade do resultado da concorrente de porte similar.

Esse dado, emanado diretamente da agência reguladora com base em metodologia padronizada, constitui elemento probatório de relevante valor para os trabalhos da CPI, pois

confere respaldo técnico-regulatório às preocupações acerca das dificuldades de acesso dos beneficiários da Amazônia Planos de Saúde às terapias e aos serviços de saúde.

Adicionalmente, observa-se que a Amazônia Planos obteve nota 1.0000 na dimensão Gestão de Processos (IDGR) – o melhor resultado possível, compartilhado apenas por ela nesse quesito, visto que coexistência de nota máxima em Gestão de Processos e nota mínima em Garantia de Acesso é um dado que merece análise aprofundada, pois sugere que a operadora demonstra eficiência administrativa interna, mas apresenta grave precariedade na garantia de acesso efetivo dos beneficiários à rede assistencial.

### **8.5 REQUISICÃO – INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ**

Por meio do OFÍCIO N.º 034/2026-CPI/CM, expedido em 06 DE ABRIL DE 2026 e assinado pelo Vereador André Martha, Presidente desta Comissão Parlamentar de Inquérito, o Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado do Pará – IASEP, na pessoa de sua Presidente, Ilma. Josyélia Tavares Raiol, foi formalmente requisitado a encaminhar, no prazo improrrogável de 10 de abril de 2026, seis conjuntos de informações detalhadas relacionadas ao atendimento a pessoas com deficiência no âmbito do sistema de saúde da instituição.

Até a data de elaboração do presente relatório, o IASEP não apresentou qualquer retorno a esta Comissão, não tendo sido recebido qualquer resposta formal, resposta parcial, solicitação de prorrogação de prazo, justificativa de impossibilidade temporária ou qualquer outra comunicação referente à presente requisição.

As informações requisitadas abrangem: (1) o perfil quantitativo e qualitativo dos beneficiários com deficiência atendidos pelo IASEP no Município de Belém; (2) a relação completa das clínicas credenciadas para atendimento a PCDs; (3) o edital de credenciamento e os requisitos exigidos dos prestadores; (4) os relatórios de monitoramento e auditoria das clínicas credenciadas; (5) o cronograma e os critérios de repasse financeiro às clínicas; e (6) a tabela referencial de valores dos serviços remunerados. Todas essas informações são de produção própria do IASEP, integrando sua rotina administrativa regular, e não demandam esforço extraordinário de elaboração.

A omissão do IASEP é institucionalmente grave pois o ofício que emanou da presente Comissão Parlamentar de Inquérito, órgão constitucional dotado de poderes de



**ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM**

---

requisição, e o descumprimento de suas solicitações pode configurar embaraço ao exercício do Poder Legislativo.

Além disso, IASEP é uma instituição pública, submetida aos princípios constitucionais da publicidade e da transparência, não podendo invocar sigilo ou privacidade para recusar o fornecimento de dados sobre sua atuação no uso de recursos públicos.

Mais do que isso, as matérias requisitadas dizem respeito diretamente ao atendimento de pessoas com deficiência, o que confere à omissão dimensão ainda mais relevante sob o ponto de vista dos direitos fundamentais.

## CAPÍTULO IX ANÁLISE CRÍTICA DAS PROVAS E CONDUTAS

### 9.1 DA INDISSOCIABILIDADE ENTRE A PROVA E O DIREITO

A tradição processual que segmenta, em capítulos estanques, a análise dos fatos e a fundamentação jurídica atende a uma lógica meramente expositiva, mas distancia-se da realidade do raciocínio jurídico-investigativo, no qual fatos sem norma são apenas acontecimentos e normas sem fatos permanecem como abstrações.

Rompendo com essa separação artificial que é verificada em tantos atos jurídico-políticos e administrativos, esta Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde adota, neste Capítulo, uma metodologia que integra a valoração probatória à tipificação legal de modo simultâneo, reconhecendo que o padrão de prova no âmbito parlamentar difere substancialmente do rigor exigido no processo penal.

Enquanto a esfera criminal demanda a prova além de qualquer dúvida razoável para fins de condenação, o inquérito parlamentar opera sob o critério da preponderância qualificada das evidências, em que o conjunto probatório deve conferir solidez suficiente para fundamentar conclusões e encaminhamentos institucionais, sem a pretensão de alcançar a certeza absoluta necessária a um decreto condenatório.

Sob a premissa de que a investigação visa concluir sobre a verossimilhança e a gravidade das práticas apuradas, a análise aqui empreendida desenvolve-se a partir da identificação de condutas irregulares extraídas dos indicadores estatísticos de formulários aplicados a 74 famílias, cujo conteúdo é confrontado com as versões das operadoras obtidas em respostas a ofícios requisitórios. Esse cotejo permite não apenas desvelar evidências contrárias produzidas durante a instrução, mas também classificar tais condutas segundo padrões de sistematicidade, motivação e estratégia. Por fim, esse processo culmina em um enquadramento normativo integrado, no qual a identificação dos dispositivos violados é apresentada em conjunto com os percentuais de afetação e o respectivo grau de gravidade, consolidando uma visão holística e juridicamente fundamentada dos fatos investigados.

### 9.2 VERSÃO DAS OPERADORAS VERSUS EVIDÊNCIAS PRODUZIDAS NA INSTRUÇÃO

A instrução desta Comissão Parlamentar de Inquérito colheu dois grandes blocos probatórios em polaridade, cujo confronto revela contradições de monta que serão analisadas individualmente para cada prática irregular identificada.

De um lado, encontram-se as respostas formais apresentadas pelas operadoras Unimed Belém, Hapvida, Plano Amazônia Saúde, IASEP e IASB aos ofícios requisitórios, as quais, em regra, sustentam a regularidade de suas operações.

Em contraposição, ergue-se um robusto acervo de evidências contrárias, composto pelos dados quantitativos do formulário eletrônico respondido por 74 famílias, pelos índices regulatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelos registros de reclamações do PROCONO/PA, além dos depoimentos colhidos e dos dados técnicos fornecidos pela Defensoria Pública, Ministério Público, Tribunal de Justiça do Estado do Pará dentre outros órgãos que contribuíram fortemente à instrução do presente feito. É sob esta perspectiva direta entre as versões das operadoras e a realidade fática documentada por usuários e órgãos de controle que se fundamenta a análise subsequente, permitindo que a valoração probatória e a tipificação legal ocorram de modo simultâneo e integrado.

### **9.2.1 ALEGAÇÃO 01: DESCREDENCIAMENTO SEM COMUNICAÇÃO PRÉVIA**

O confronto entre os blocos probatórios revela contradições de monta que serão analisadas individualmente para cada prática irregular identificada, iniciando-se pela sistemática omissão das operadoras acerca do credenciamento de prestadores.

Em suas respostas formais aos ofícios desta Comissão, bem como às oitivas das quais estiveram presente, as operadoras Unimed Belém, Hapvida e Plano Amazônia Saúde silenciaram sobre as alterações em suas redes credenciadas no período investigado. A Unimed Belém limitou-se a referências genéricas a uma suposta "análise mensal de registros", sem, contudo, detalhar procedimentos de notificação aos beneficiários. A Hapvida, por sua vez, declarou a inexistência de listas de espera, mas absteve-se de abordar o histórico de credenciamentos, enquanto o Plano Amazônia Saúde apresentou uma relação estática de 14 prestadores, omitindo quaisquer eventos de descontinuidade ou saída da rede.

Essa postura defensiva colide frontalmente com a realidade fática apurada por esta CPI. Os indicadores extraídos do formulário eletrônico aplicado a 74 famílias revelam que a ausência de comunicação prévia sobre credenciamentos atingiu o alarmante índice de 83,8% dos respondentes (62 famílias).

Tal conduta configura violação direta à Resolução Normativa ANS nº 566/2022, que impõe o dever de aviso prévio mínimo de 30 dias ao beneficiário antes de qualquer alteração na rede. Além disso, o descompasso é ainda mais evidente quando se observa que esse prazo regulatório foi respeitado em apenas 5,4% dos casos reportados.

A gravidade da situação é corroborada pela Defensoria Pública, que registrou intervenções específicas em face das operadoras investigadas devido a descredenciamentos unilaterais que afetaram, de forma desproporcional e gravosa, beneficiários diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA), evidenciando não apenas uma falha administrativa, mas uma estratégia que compromete a continuidade de tratamentos essenciais.

Diante de tudo constatado e registrado, a contradição é flagrante e qualificada. A omissão das operadoras sobre os descredenciamentos, em face de 62 relatos convergentes de famílias distintas, não pode ser atribuída a mero esquecimento ou imprecisão técnica. Além disso, a consistência interna do conjunto probatório – relatos independentes de famílias que sequer se conhecem, apontando para a mesma prática – afasta com solidez a hipótese de coincidência. No que tange ao silêncio da operadora sobre fato tão relevante, em documento oficial submetido à Comissão Parlamentar de Inquérito constitucionalmente investida de poderes investigatórios, tal fato constitui, por si só, elemento indiciário desfavorável.

### **9.2.2 ALEGAÇÃO 02: SUSPENSÃO UNILATERAL DE ATENDIMENTO E RESISTÊNCIA AO ACESSO INICIAL**

No tocante ao cumprimento dos prazos regulamentares para agendamentos e autorizações de terapias, as operadoras Unimed Belém, Hapvida e Plano Amazônia Saúde sustentaram, em suas manifestações formais, uma aparente conformidade com a Resolução Normativa ANS nº 566/2022. A

Unimed Belém informou tempos médios de espera oscilando entre 3 e 10 dias corridos, enquanto a Hapvida declarou estrita observância ao prazo de 10 dias úteis, asseverando a inexistência de beneficiários em listas de espera. Por sua vez, o Plano Amazônia Saúde adotou uma postura de distanciamento operacional, alegando que a gestão dos agendamentos incumbe exclusivamente às clínicas credenciadas, com sua intervenção ocorrendo apenas mediante provocação direta dos usuários.

Entretanto, esse cenário de regularidade formal é desmentido por um conjunto robusto de evidências contrárias colhidas por esta Comissão. Os dados extraídos do

formulário eletrônico revelam que a resistência inicial ao acesso e a suspensão unilateral de atendimentos foram registradas por 74,3% das famílias respondentes (55 de 74 casos em ambos os indicadores).

Agrava-se a situação o fato de que nenhuma das operadoras investigadas apresentou dados auditáveis, tais como séries históricas, registros cronológicos de autorização ou indicadores operacionais segregados por tipo de procedimento, as quais permitissem a esta CPI verificar, de forma independente e fidedigna, o cumprimento real dos prazos alegados.

Diante desse cenário, a conclusão valorativa desta Comissão é de que a recusa ou a omissão sistemática das três operadoras em fornecer registros auditáveis sobre o tempo real de autorização de terapias para beneficiários com TEA e TDAH constitui, em última análise, uma forma de resistência institucional à investigação parlamentar. No plano probatório, a ausência de dados técnicos que contradigam o expressivo indicador de 74,3% de irregularidades opera em prejuízo direto das operadoras. Sob a ótica do raciocínio investigativo, aquele que detém o monopólio dos registros e, instado por autoridade competente, furta-se a apresentá-los, não pode invocar a ausência de prova em seu benefício, devendo prevalecer a verossimilhança das graves evidências produzidas durante a instrução.

### **9.2.3 ALEGAÇÃO 03: DESCUMPRIMENTO DE DECISÕES LIMINARES**

No que tange à observância das ordens judiciais, as operadoras investigadas adotaram uma postura de absoluta omissão em suas respostas aos ofícios requisitórios desta Comissão, esquivando-se de abordar o cumprimento das decisões liminares vigentes.

A Unimed Belém, em uma manifestação de cunho meramente retórico, buscou desviar o foco da análise sobre suas próprias práticas ao atribuir o volume de demandas judiciais a supostas "fraudes praticadas por clínicas não credenciadas" e a "laudos médicos irregulares", sem, contudo, enfrentar o mérito do descumprimento de ordens emanadas pelo Poder Judiciário.

Essa tentativa de desvio narrativo é prontamente refutada pelas evidências colhidas durante a instrução, visto que a partir dos dados apurados, constata-se que, entre as 25 famílias que obtiveram decisões liminares favoráveis, o alarmante índice de 68% (17 casos) enfrentou descumprimento total ou parcial das ordens. Mais grave ainda é a constatação de que sete liminares jamais foram cumpridas até a data da coleta de dados, e em 26 casos (35,1% do total pesquisado), o atendimento foi negado mesmo sob a vigência de decisão

judicial impositiva. A instrução documentou, de forma pormenorizada, oito casos em que a operadora optou conscientemente pelo acúmulo de multas cominatórias (astreintes) em detrimento do restabelecimento do serviço essencial.

A conclusão valorativa desta Comissão é de que a convergência entre o dado quantitativo (68% de descumprimento) e o qualitativo (inadimplência processual estratégica em oito casos documentados) configura uma prova robusta de conduta deliberada. Erros operacionais ou falhas administrativas possuem natureza aleatória; não se repetem com tamanha incidência e com um padrão de preferência explícita pelo pagamento de multas. O que os dados revelam, portanto, é uma política institucional de inadimplência judicial, na qual o custo financeiro das astreintes é calculado como um passivo inferior ao custo operacional do cumprimento da liminar. Tal lógica de gestão, quando demonstrada, excede os limites do mero ilícito civil e ingressa no campo da responsabilidade criminal, ao desafiar frontalmente a autoridade das decisões judiciais e colocar em risco a vida e a saúde dos beneficiários.

#### **9.2.4 ALEGAÇÃO 04: DIRECIONAMENTO FORÇADO PARA REDE PRÓPRIA**

No que tange à verticalização dos serviços de saúde, as operadoras investigadas apresentaram modelos operacionais que, sob o pretexto de eficiência assistencial, mascaram uma política de restrição de escolha aos beneficiários.

A Hapvida informou possuir um modelo verticalizado composto por duas unidades próprias e apenas uma clínica credenciada externa, a qual atende um contingente irrisório de 31 beneficiários. Por sua vez, o Plano Amazônia Saúde limitou-se a descrever uma rede de 14 prestadores, sem, contudo, discriminar a capacidade instalada, a cobertura por tipo de terapia ou as eventuais pressões exercidas para a migração de pacientes entre os prestadores de serviço.

Essa estrutura de atendimento é frontalmente contestada pelas evidências colhidas durante a instrução desta CPI, na qual o direcionamento forçado para a rede própria foi relatado por 59,5% das famílias respondentes (44 casos), visto que a própria manifestação da Hapvida, ao revelar que suas Clínicas de Cuidados Terapêuticos Especializados concentram a quase totalidade dos atendimentos – 600 beneficiários em unidades próprias contra apenas 31 na única clínica credenciada remanescente –, confirma, ainda que involuntariamente, uma arquitetura operacional que favorece a migração compulsória.

A conclusão desta Comissão em relação a esta alegação é de que a concentração de aproximadamente 95% dos atendimentos em unidades próprias não constitui um resultado neutro ou orgânico do mercado de saúde suplementar. Pelo contrário, trata-se do desfecho previsível e deliberado de uma política de descredenciamento sistemático da rede externa sem a devida reposição equivalente. Tal prática não apenas fere o direito de escolha do consumidor, mas compromete a qualidade e a continuidade dos tratamentos, ao subordinar decisões clínicas a interesses estritamente econômicos de redução de custos operacionais das operadoras.

### **9.2.5 ALEGAÇÃO 05: REDUÇÃO DE CARGA TERAPÊUTICA SEM REAVALIAÇÃO MÉDICA**

No que tange à integridade dos tratamentos prescritos, as operadoras investigadas sustentaram, em suas manifestações formais, a existência de protocolos de acompanhamento que, em tese, garantiriam a adequação assistencial.

A Hapvida descreveu a implementação de um Plano Terapêutico Individualizado (PTI), prevendo devolutivas periódicas a cada 90 dias e reavaliações semestrais. Por sua vez, o Plano Amazônia Saúde mencionou a atuação de um setor especializado na autorização e regulação de terapias. Contudo, é imperativo destacar que nenhuma das operadoras apresentou a esta Comissão qualquer protocolo clínico escrito ou caso documentado em que a redução da carga terapêutica tenha sido respaldada por uma reavaliação médica independente e fundamentada.

Essa suposta regularidade procedimental é frontalmente desmentida pelas evidências colhidas durante a instrução desta CPI, na qual a redução da carga terapêutica sem prévia reavaliação médica foi relatada por 58,1% das famílias respondentes (43 casos). Tal prática configura uma violação direta ao art. 3º da Lei nº 14.790/2023, que veda expressamente qualquer interferência administrativa das operadoras na definição qualitativa e quantitativa do tratamento prescrito pelo médico assistente.

A conclusão desta Comissão é de que a atuação das operadoras extrapola os limites da regulação assistencial para ingressar indevidamente na esfera da autonomia médica. Ao reduzir unilateralmente o número de sessões ou a intensidade das terapias sem o devido amparo técnico-clínico, as operadoras não apenas descumprem a legislação vigente, mas colocam em risco o desenvolvimento e o prognóstico de pacientes cujas necessidades

terapêuticas são definidas por critérios de saúde, e não por metas de contenção de custos operacionais.

### **9.3 PADRÕES DE CONDUTA IDENTIFICADOS**

A apreciação integrada das evidências colhidas ao longo desta instrução permite caracterizar as condutas das operadoras investigadas não como falhas pontuais ou episódios isolados, mas como manifestações inequívocas de padrões institucionalizados de comportamento. Esta distinção possui relevância jurídica fundamental para a tipificação das infrações: enquanto a conduta episódica pode ser atribuída à negligência, à incompetência administrativa ou ao mero acaso, a constatação de um padrão sistemático e recorrente revela a existência de uma política deliberada de gestão.

Sob a ótica do raciocínio investigativo e da valoração probatória, a reiteração das práticas de descredenciamento sem aviso prévio, a resistência ao fornecimento de dados auditáveis, o descumprimento estratégico de ordens judiciais e a redução unilateral de cargas terapêuticas formam um conjunto indissociável que agrava substancialmente a responsabilidade das operadoras.

Tal sistematicidade afasta qualquer excludente de culpabilidade baseada em erro operacional e fundamenta, de forma robusta, o reconhecimento de um dano moral coletivo. Portanto, o que se depreende dos autos é uma estratégia corporativa que subordina a dignidade e a saúde dos beneficiários a métricas de contenção de custos, o que impõe não apenas a responsabilização individual pelos danos causados, mas uma resposta institucional severa e exemplar por parte dos órgãos de controle e do Poder Judiciário.

#### **9.3.1 CONDUTA SISTEMÁTICA E NÃO EPISÓDICA**

A análise detida dos dados apurados revela que as irregularidades identificadas não guardam natureza episódica, mas constituem padrões institucionalizados de comportamento. A recorrência de problemas em patamares que oscilam entre 74,3% e 83,8% das famílias respondentes – incidindo sobre indicadores distintos, operadoras variadas e em diferentes recortes temporais – desautoriza qualquer tentativa de caracterizar tais eventos como falhas pontuais ou acidentes operacionais. Sob a ótica do raciocínio investigativo, um índice de 83,8% de descredenciamento sem a devida comunicação prévia não representa um erro administrativo; representa uma política deliberada.

Da mesma forma, uma taxa de 74,3% de suspensão unilateral de atendimentos não pode ser tratada como exceção, mas sim como a regra operacional vigente. O argumento de "falhas pontuais" brandido pelas operadoras mostra-se, portanto, incompatível com a consistência estatística dos dados, devendo ser considerado retoricamente insustentável para qualquer fim institucional ou jurídico.

Ademais, a consistência interna e a convergência dos relatos reforçam a solidez desta conclusão. Embora os 74 respondentes componham uma amostra de conveniência, o que implica um viés de seleção reconhecido e declarado metodologicamente por este relatório, a força probatória do acervo transcende as limitações da representatividade quantitativa estrita. A identidade de relatos independentes, formulados por famílias distintas e sem coordenação prévia entre si, confere aos dados uma robustez qualitativa singular. A repetição sistemática de condutas idênticas por parte de operadoras concorrentes sugere a existência de uma cultura setorial de precarização assistencial, na qual a violação de direitos fundamentais dos beneficiários é incorporada à estratégia de negócio, demandando uma resposta proporcional à gravidade e à extensão dos danos evidenciados.

### **9.3.2 MOTIVAÇÃO ECONÔMICA ESTRUTURAL E GESTÃO DE LIQUIDEZ**

A inadimplência sistemática das operadoras nos repasses financeiros às clínicas credenciadas emerge como a causa estrutural subjacente a múltiplas práticas irregulares identificadas nesta instrução. O dado alarmante de que 55,4% das famílias reportaram atrasos de pagamento aos prestadores como o fator determinante para a suspensão de atendimentos revela que o descredenciamento e a interrupção de terapias não decorrem de avaliações técnicas de qualidade assistencial, mas sim de decisões estritamente financeiras. Sob a ótica do raciocínio investigativo, a operadora que retém pagamentos devidos à sua rede credenciada e, ato contínuo, direciona o paciente para sua rede própria, não está exercendo a gestão da saúde do beneficiário; está, em verdade, realizando uma gestão de liquidez financeira às expensas do direito fundamental à assistência.

Esta lógica operacional caracteriza uma violação objetiva do dever de assistência contratual e legal, independentemente de qualquer elemento subjetivo de intenção. Nos termos do art. 35-E da Lei nº 9.656/1998, combinado com o art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, a responsabilidade da operadora pelo serviço defeituoso é objetiva, prescindindo da demonstração de dolo ou culpa para a configuração do dever de reparar.

Portanto, a conclusão desta Comissão é de que a precarização deliberada da rede externa para viabilizar a verticalização forçada constitui um abuso de direito e uma falha na prestação do serviço, uma vez que a operadora utiliza sua posição de domínio econômico para transferir ao beneficiário vulnerável os riscos e ônus de sua própria estratégia financeira.

### **9.3.3 ESTRATÉGIA DE CAPTURA DE MERCADO E VERTICALIZAÇÃO PREDATÓRIA**

O direcionamento forçado de 59,5% dos beneficiários para a rede própria, articulado com a prática sistemática de descredenciamento sem a devida reposição equivalente, configura o que a teoria da regulação identifica como uma estratégia de captura de mercado. Sob este mecanismo, a operadora promove a eliminação progressiva da rede credenciada independente, tornando-se, na prática, o único prestador disponível ao beneficiário e restringindo severamente sua liberdade de escolha.

Esta conduta operacional não constitui uma mera escolha administrativa de gestão, mas uma violação simultânea a múltiplos diplomas legais. Sob a ótica do Direito do Consumidor, a prática afronta o art. 51, inciso XV, do Código de Defesa do Consumidor, ao impor condições iníquas que colocam o beneficiário em desvantagem exagerada, cerceando o acesso a tratamentos previamente estabelecidos e de confiança. Paralelamente, a conduta fere os princípios de defesa da concorrência tutelados pela Lei nº 12.529/2011, uma vez que a operadora utiliza sua posição de domínio no mercado de saúde suplementar para asfixiar financeiramente prestadores independentes e consolidar um monopólio assistencial em sua rede verticalizada.

A conclusão desta Comissão é de que a verticalização, quando utilizada como ferramenta de exclusão de concorrentes e de aprisionamento de beneficiários, desvirtua a finalidade social do contrato de seguro-saúde. Ao transformar o beneficiário em um ativo cativo de sua própria rede, as operadoras não apenas comprometem a qualidade terapêutica, muitas vezes sacrificada em prol da redução de custos internos, mas também estabelecem uma barreira intransponível à livre concorrência e ao direito fundamental à saúde, exigindo uma intervenção corretiva e sancionatória imediata dos órgãos reguladores e de defesa da concorrência.

### **9.3.4 PREDACÃO POR CÁLCULO: A ESTRATÉGIA DO DESCUMPRIMENTO DELIBERADO DE LIMINARES**

O dado mais grave e preciso desta investigação reside na constatação de que o descumprimento de decisões judiciais pelas operadoras não decorre de falhas operacionais, mas de uma estratégia deliberada de predação por cálculo. Oito famílias documentaram, de forma pormenorizada, que a operadora optou conscientemente por acumular multas judiciais (astreintes) em vez de restabelecer o serviço essencial. Tal comportamento não configura mera ilegalidade por omissão ou negligência; trata-se de uma violação calculada da ordem jurídica, na qual a administração da empresa avalia, mediante uma análise de custo-benefício, que o valor das multas cominatórias é financeiramente inferior ao custo de cumprir a obrigação assistencial devida.

A alarmante taxa de descumprimento de 68% das liminares obtidas pelas famílias, combinada com sete casos de inobservância absoluta até a data da coleta de dados, evidencia que as operadoras não tratam a decisão judicial como um comando imperativo do Estado, mas como um custo variável de gestão. Esta postura compromete, em sua essência, a autoridade do Poder Judiciário e a própria efetividade da tutela jurisdicional, transformando o direito à saúde em um ativo negociável sob a lógica da inadimplência estratégica.

Diante da gravidade desse cenário, a conclusão desta Comissão é de que a conduta das operadoras transcende a esfera do ilícito civil e regulatório, configurando um desafio direto ao Estado de Direito. A reiteração sistemática do descumprimento, calcada em cálculos financeiros de gestão, justifica e impõe a imediata comunicação ao Ministério Público para a apuração de eventual crime de desobediência e a consequente responsabilização penal dos gestores, assegurando que a sanção judicial recaia não apenas sobre o patrimônio da pessoa jurídica, mas sobre a conduta individual daqueles que deliberaram pela afronta à Justiça em detrimento da vida dos beneficiários.

#### **9.4 DAS VIOLAÇÕES IDENTIFICADAS**

##### **9.4.1 CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE COBERTURA ABUSIVAS**

A investigação identificou um padrão sistemático de inserção de cláusulas contratuais que, sem promover formalmente a exclusão de coberturas obrigatórias, operam na prática como verdadeiros mecanismos de restrição dissimulada de direitos.

Tais cláusulas se manifestam sob três formas principais: a imposição de exigências burocráticas desproporcionais para a autorização de terapias – documentações redundantes, prazos injustificados e exigência de relatórios periódicos alheios ao protocolo clínico

estabelecido; a fixação velada de limites ao número de sessões, operada não por disposição contratual expressa, mas mediante negativas sucessivas e reiteradas de autorização; e, por fim, o condicionamento da cobertura à disponibilidade da rede própria credenciada, em direta violação ao dever contratual e legal de garantia de acesso ao beneficiário.

A nulidade dessas práticas encontra fundamento expresso no art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor, que reputa nulas de pleno direito as cláusulas que estabeleçam obrigações iníquas, abusivas ou que imponham ao consumidor desvantagem exagerada. Relevante destacar que a configuração da abusividade, nesse campo, prescinde da análise da forma jurídica adotada pelo fornecedor, impondo-se, ao contrário, a aferição do efeito prático e concreto produzido sobre o consumidor, critério hermenêutico há muito consolidado pela Súmula nº 608 do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual a operadora de plano de saúde tem o dever de custear as despesas de tratamento médico hospitalar do segurado, ainda que em caráter de urgência ou emergência.

#### **9.4.2 TRATAMENTO DISCRIMINATÓRIO INDIRETO E A VULNERABILIDADE AGRAVADA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

As condutas investigadas revelam um padrão de impacto desproporcionalmente concentrado sobre pessoas com deficiência – em especial sobre crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista, que representam 86,5% dos pacientes nas famílias respondentes do formulário encaminhado por esta CPI.

Essa concentração não é fortuita e tampouco pode ser explicada por critérios técnicos ou atuariais legítimos: ela configura, com precisão, o que o direito antidiscriminatório contemporâneo denomina discriminação indireta – fenômeno caracterizado por práticas formalmente neutras que, em sua incidência concreta, produzem efeitos desproporcionalmente gravosos sobre determinado grupo vulnerável, independentemente de qualquer intenção declarada de discriminar.

A ordem jurídica brasileira é inequívoca na repressão a essa modalidade de discriminação, tendo a Lei Brasileira de Inclusão assegurado de forma expressa e abrangente, em seus arts. 4º e 5º, qualquer forma de discriminação, direta ou indireta, fundada na condição de deficiência.

Esse sistema de proteção é substancialmente reforçado pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada ao ordenamento nacional com

status de emenda constitucional por força do Decreto Legislativo nº 186/2008, o que lhe confere posição hierárquica privilegiada, sobrepondo-se à legislação ordinária e vinculando toda a atividade estatal e privada sujeita ao controle do direito brasileiro.

Nesse contexto, a convergência dos dados levantados – com 86,5% das famílias afetadas sendo compostas por crianças diagnosticadas com TEA – não pode ser lida como acidente estatístico. A operadora que sistematicamente restringe coberturas precisamente para esse segmento de beneficiários não está, a rigor, exercendo gestão técnica de riscos, mas estão tomando decisões econômicas estruturais com base na condição de deficiência de seus segurados. Essa conduta configura, *prima facie*, discriminação fundada em motivo expressamente vedado pelo ordenamento constitucional e convencional brasileiro, com todas as consequências jurídicas que daí decorrem.

#### **9.4.3 DESCUMPRIMENTO DELIBERADO DE LIMINARES E RESPONSABILIDADE DOS GESTORES**

O art. 330 do Código Penal brasileiro tipifica como crime de desobediência a conduta de quem desatende ordem legal emanada de funcionário público. A jurisprudência majoritária consolidou o entendimento de que ordens judiciais proferidas por magistrado se enquadram nesse conceito, quando descumpridas por particulares que delas tinham ciência e estavam obrigados a cumpri-las.

Os dados colhidos por esta CPI evidenciam que ao menos oito casos de descumprimento de liminares foram conscientes e deliberados, situações em que a operadora optou explicitamente pelo pagamento de astreintes em detrimento do acatamento da ordem judicial. Essa circunstância é juridicamente relevante: a consciência do descumprimento aliada à opção deliberada por ele preenche com precisão o elemento subjetivo do tipo penal de desobediência, tornando imperativa a comunicação desta Comissão ao Ministério Público do Estado do Pará para fins de investigação e eventual propositura de ação penal.

Importa destacar que a responsabilidade penal recai sobre os gestores que tomaram ou autorizaram a decisão empresarial de não cumprir as liminares e não sobre a pessoa jurídica, que responde na esfera cível. A identificação nominal desses gestores é, portanto, diligência essencial que esta Comissão recomenda seja adotada pelo Ministério Público já na fase investigatória.

Paralelamente, a redução de carga terapêutica sem reavaliação médica, relatada em 58,1% dos casos levantados, envolve em muitas situações, profissionais de saúde que emitiram pareceres contrários à prescrição do médico assistente.

## **9.5 LIMITAÇÕES AMOSTRAIS E SUFICIÊNCIA PROBATÓRIA DAS CONCLUSÕES**

O conjunto probatório produzido na instrução desta CPI estrutura-se em quatro categorias principais e complementares de elementos, sendo estes os dados quantitativos primários, obtidos por formulário eletrônico respondido por 74 famílias de beneficiários com deficiência; documentos oficiais, compreendendo as respostas das operadoras aos ofícios requisitórios, os despachos técnicos da ANS e os relatórios do IDSS; informações institucionais colhidas junto a órgãos públicos tais como Defensoria Pública, PROCON/PA e Ministério Público; e, por fim, dados normativos e jurisprudenciais consolidados, que estabelecem o padrão legal de conduta exigível.

A valoração desse conjunto deve ser conduzida à luz de três critérios fundamentais. O primeiro é a consistência interna: verificar se os diferentes elementos probatórios convergem na mesma direção e se reforçam mutuamente. O segundo é a verossimilhança: aferir se as condutas identificadas são compatíveis com o modelo de incentivos econômicos próprio das operadoras de saúde privada. O terceiro é a ausência de explicação alternativa plausível: examinar se a versão apresentada pelas operadoras é capaz de dar conta dos dados apurados de forma racionalmente convincente.

No que diz respeito à consistência interna, o conjunto probatório se revela sólido, uma vez que os dados do formulário são corroborados pelos registros de intervenção da Defensoria Pública, pela nota de 0,3017 atribuída à Amazônia Planos no indicador de Garantia de Acesso do IDSS, considerado o pior resultado entre todas as operadoras avaliadas, pelas 392 Notificações de Intermediação Preliminar relativas a pessoas com deficiência registradas na ANS em Belém, com taxa de conversão em sanção de apenas 0,27%, e pelo histórico de descredenciamentos documentado desde a fase de abertura desta CPI. Os elementos não se isolam: convergem e se reforçam.

Quanto à verossimilhança, as condutas identificadas são plenamente compatíveis com a lógica econômica que orienta operadoras de saúde privada. A restrição sistemática de cobertura a beneficiários de alta sinistralidade, tais como crianças com TEA dependentes de

terapias intensivas e contínuas, é economicamente racional do ponto de vista do operador privado, ainda que flagrantemente ilícita sob o prisma jurídico. A racionalidade econômica da conduta, longe de justificá-la, reforça sua plausibilidade como hipótese investigativa.

No que concerne à ausência de explicação alternativa plausível, a versão apresentada pelas operadoras não resiste ao confronto com os dados apurados. Declarações genéricas de conformidade regulatória, desacompanhadas de qualquer substrato auditável, não têm aptidão para ilidir o conjunto probatório reunido. A recusa sistemática em apresentar dados verificáveis, quando instadas por Comissão constitucionalmente investida de poderes investigatórios, configura resistência institucional que, no plano da valoração probatória, opera inequivocamente em desfavor das operadoras, evidenciando que a ausência de contraprova não é casual, mas deliberada.

Em relação ao formulário encaminhado às famílias, realizado por esta CPI, a amostra de 74 famílias é não probabilística e sujeita a viés de seleção, circunstâncias expressamente reconhecidas e declaradas no próprio relatório. Entretanto, essa limitação não compromete a solidez das conclusões alcançadas, por razões que merecem explicitação.

Em primeiro lugar, pela natureza indiciária dos dados, as informações colhidas pelo formulário funcionam como prova indiciária, e não como prova plena, visto que o indício, por definição, não exige representatividade estatística: exige consistência com o conjunto das evidências disponíveis.

A convergência dos 74 relatos com os dados regulatórios da ANS, com os registros de intervenção da Defensoria Pública e com os antecedentes históricos das operadoras é precisamente o que converte elementos isolados em conjunto probatório robusto e coerente.

Em segundo lugar, pelo princípio da proporcionalidade na distribuição do ônus probatório, as operadoras detêm controle exclusivo sobre as informações que poderiam corroborar ou refutar os dados do formulário. Logo, ao se recusarem sistematicamente a apresentá-las, quando regularmente instadas por esta Comissão, as operadoras não apenas deixam de afastar os indícios que as desfavorecem, isto é, agravam sua própria posição probatória, operando a inversão do ônus da prova em seu próprio desfavor.

Além disso, a consistência das fontes de dados inteiramente independentes são fatores robustos que justificam a presente análise. O índice IDSS do Plano Amazônia Saúde (0,3017 em Garantia de Acesso), as 392 Notificações de Intermediação Preliminar relativas a

pessoas com deficiência registradas na ANS em Belém e os registros de intervenção da Defensoria Pública constituem fontes autônomas, sem qualquer relação metodológica com o formulário aplicado, e apontam, todas elas, na mesma direção. Essa convergência independente é, por si só, elemento de forte corroboração das conclusões desta Comissão.

Por todo o exposto, esta Comissão conclui que as evidências produzidas na instrução demonstram, com solidez suficiente para os fins parlamentares, a existência de padrões sistemáticos e institucionalizados de violação de direitos de beneficiários com deficiência por parte das operadoras de planos de saúde investigadas no município de Belém com particular gravidade no que concerne ao descumprimento reiterado de decisões judiciais e ao impacto clínico de natureza irreversível sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

## CAPÍTULO X INDIVIDUALIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADES E NEXO CAUSAL

A identificação de responsabilidades realizada nesta seção deve ser individualizada, fundamentada em provas constantes dos autos e conduzida com estrito respeito ao contraditório e à ampla defesa, que assegura aos acusados em geral, inclusive no âmbito de processos administrativos e parlamentares de natureza investigatória, razão pela qual o direito ao contraditório e à ampla defesa.

É válido destacar que esta CPI tem a função constitucional de investigar, documentar e encaminhar, não tendo o poder de realizar condenações. Portanto, a individualização das responsabilidades, neste relatório, tem por finalidade exclusiva subsidiar os órgãos competentes, tais como Ministério Público, Poder Judiciário, ANS e CRM-PA, com elementos probatórios organizados e qualificados juridicamente, preservando o papel de cada instituição na cadeia de responsabilização. Não se pratica aqui imputação definitiva; pratica-se descrição fundamentada das evidências, com as respectivas consequências jurídicas que delas podem derivar.

Conseqüentemente, nenhuma pessoa física será nominalmente indicada neste capítulo como autora de ilícito penal sem que haja prova suficiente nos autos desta CPI que sustente essa indicação. Onde a prova for suficiente para o encaminhamento ao Ministério Público, ela será explicitada; onde não o for, a lacuna será identificada como diligência a ser realizada pelos órgãos competentes.

Assim, para cada operadora identificada como responsável, são indicados a seguir: razão social, condutas específicas apuradas com referência às provas constantes dos autos, quantitativo de famílias afetadas identificadas na instrução e qualificação jurídica da conduta nas esferas administrativa, civil e penal.

### 10.1 UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

#### a) Descredenciamento de clínicas sem comunicação prévia

Os dados apurados revelam que 83,8% das famílias respondentes (62 de 74) relataram ausência de aviso prévio antes do descredenciamento de prestadores, conforme registrado na Tabela da Análise Estatística desta CPI.

A Resolução Normativa ANS nº 566/2022 exige notificação mínima de 30 dias, exigência cujo cumprimento foi apurado em apenas 5,4% dos casos. O episódio mais emblemático é o descredenciamento da Clínica Creta/MedCare em outubro de 2023, que afetou mais de 1.200 pacientes mensais encaminhados pela Unimed Belém, fato integralmente documentado nos autos do Inquérito Civil nº 06.2023.00000532-6 do MPPA, composto por 1.191 folhas.

No plano administrativo, a conduta configura infração ao art. 17 da Lei nº 9.656/1998 e à RN ANS nº 566/2022, sujeitando a operadora às sanções previstas no art. 24 da mesma lei. No plano civil, impõe responsabilidade objetiva pela interrupção do vínculo terapêutico, nos termos dos arts. 186 e 927 do Código Civil e do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor.

**b) Suspensão unilateral de atendimentos e resistência ao acesso**

Setenta e quatro vírgula três por cento das famílias respondentes (55 de 74) relataram resistência ao acesso e suspensão unilateral de atendimentos, dado constante nesta CPI. Em oitava realizada em 23/03/2026, a representante do PROCON/PA, Sra. Gareza Caldas de Moraes, confirmou que 80% das reclamações sobre planos de saúde recebidas pelo órgão em 2026 dizem respeito à Unimed Belém. Os episódios de setembro de 2024 e maio de 2025 foram amplamente documentados pela mídia regional e resultaram em protestos públicos de famílias de crianças com TEA diante de unidades da operadora e do TJPA, registros que integram os autos desta CPI. Em setembro de 2024, o NUDECON/DPPA notificou formalmente a Unimed Belém, exigindo o restabelecimento dos atendimentos no prazo de 48 horas, notificação que constitui peça dos presentes autos.

No âmbito da responsabilização administrativa, a conduta viola os arts. 13 e 35-C da Lei nº 9.656/1998. Em relação à responsabilização civil, configura responsabilidade contratual e objetiva, nos termos dos arts. 186, 421, 422 e 927 do Código Civil e do art. 14 do CDC. A recorrência documentada (episódios de 2022, 2024 e 2025 com o mesmo padrão de conduta) caracteriza infração reiterada, agravante regulatório expressamente previsto no art. 24, § 2º, da Lei nº 9.656/1998.

**c) Descumprimento deliberado de decisões liminares**

Das 25 famílias respondentes que obtiveram decisão liminar, 68% (correspondentes a 17 casos) relataram descumprimento total ou parcial, sendo que 7 liminares jamais foram cumpridas até a data de encerramento da coleta de dados, em 06/04/2026.

Em 8 casos documentados, a operadora optou conscientemente pelo pagamento de astreintes em detrimento do acatamento da ordem judicial, conduta qualificada como descumprimento deliberado pelo quadro de evidências reunido nesta instrução. O padrão é corroborado pelos dados do TJPA: a Unimed Belém figura como ré em 82,5% das 772 decisões interlocutórias proferidas no biênio 2024–2025 e em 83,9% das 205 sentenças, com taxa de procedência de 85,6% nas ações de mérito, conforme as Tabelas apresentadas nesta CPI. Registre-se, ainda, que em audiência extrajudicial realizada em 19/01/2026 pelo MPPA no âmbito do IC nº 06.2023.00000532-6, a Unimed Belém não compareceu, conforme ata lavrada pela Promotora de Justiça Dra. Socorro de Maria Pereira Gomes dos Santos.

No plano penal, a conduta pode configurar crime de desobediência (art. 330 do Código Penal) e ato atentatório à dignidade da Justiça (art. 774 do CPC), com responsabilidade recaindo sobre os gestores que deliberaram pelo não cumprimento. Civilmente, impõe responsabilidade objetiva agravada pelos danos decorrentes da demora, nos termos dos arts. 186 e 927 do Código Civil. Administrativamente, sujeita a operadora às sanções do art. 24 da Lei nº 9.656/1998.

**d) Inadimplência estrutural com clínicas credenciadas como causa instrumental das suspensões**

Em relação à este ponto, 58,4% das famílias respondentes – 41 de 74 – relataram que atrasos nos repasses às clínicas credenciadas constituíram fator direto de suspensão de atendimentos. Desse modo, o IC MPPA nº 06.2023.00000532-6 documenta com precisão esse quadro: congelamento da tabela de honorários por mais de cinco anos sem qualquer reajuste; defasagem do teto financeiro da Clínica MedCare por mais de dois anos, com mais de dez solicitações formais de revisão ignoradas; e pagamento de R\$ 27,00 por hora às clínicas credenciadas, valor publicamente criticado como degradante da qualidade assistencial pelo Coletivo "O Plano é Ser Respeitado" (ATA da 7ª Reunião).

A representante da Unimed, Sra. Luciana Paula Valente Monteiro, reconheceu em oitiva a existência de laudos com prescrições de cargas horárias elevadas registrados junto ao MPPA e à DPPA, sem, contudo, contestar os dados de inadimplência com as clínicas.

No plano da responsabilização civil, a conduta viola o art. 35-E da Lei nº 9.656/1998 e o princípio do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de credenciamento, previsto no art. 316 do Código Civil.

**e) Redução unilateral de carga terapêutica sem reavaliação médica independente**

Cinquenta e oito vírgula um por cento das famílias respondentes (43 de 74) relataram redução de carga terapêutica sem reavaliação médica. O IC MPPA nº 06.2023.00000532-6 documenta que o sistema de autorização da Unimed bloqueava sistematicamente mais de duas sessões de terapia por dia, situação descrita pela própria operadora como “problema de sistema”, sem que qualquer correção fosse implementada.

A representante da operadora confirmou em oitiva que a implementação de Planos Terapêuticos Singulares para a totalidade dos beneficiários ainda não foi universalizada, constituindo, nas suas próprias palavras, "uma meta da gestão" (Sra. Luciana Paula Valente Monteiro, ATA da 10ª Reunião, 27/03/2026).

No âmbito da responsabilização civil, a conduta viola o art. 3º da Lei nº 14.790/2023, que veda expressamente a interferência administrativa da operadora na definição qualitativa e quantitativa do tratamento prescrito. Administrativamente, configura infração à RN ANS nº 566/2022.

## **10.2 HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A**

**a) Verticalização extrema e inviabilização da livre escolha do beneficiário**

Em resposta ao Ofício nº 030/2026, a Hapvida informou possuir, em Belém, duas unidades próprias – a Medicina Preventiva Chaco e a Clínica Mauriti, ambas situadas no bairro do Marco – e uma única clínica credenciada externa, o CETE (Centro Especializado em Terapias), localizado no Umarizal, que atende apenas 31 dos 1.330 beneficiários com TEA cadastrados. Esses números revelam uma concentração de 97,7% dos atendimentos na rede própria, configurando modelo de verticalização extrema que, na prática, suprime a possibilidade de livre escolha do beneficiário. Em oitiva, a Gerente Operacional afirmou categoricamente inexistirem cancelamentos unilaterais ou filas de espera, sem, contudo, apresentar qualquer dado auditável capaz de sustentar essas declarações. O direcionamento forçado para a rede própria foi relatado por 59,5% das famílias respondentes – 44 casos registrados nos relatórios desta CPI.

Sob a ótica do direito civil-consumidor, a conduta viola o art. 17 da Lei nº 9.656/1998, que assegura a livre escolha na rede credenciada, e o art. 51, XV, do Código de Defesa do Consumidor. Sob o prisma administrativamente, a insuficiência da rede credenciada pode caracterizar violação à RN ANS nº 566/2022.

**b) Negativa de apresentação de dados auditáveis**

Em resposta ao Ofício nº 030/2026, a Hapvida deixou de apresentar, para a totalidade dos seis itens requisitórios, qualquer dado numérico, série histórica, documentação comprobatória ou arquivo passível de auditoria.

As respostas limitaram-se a narrativas descritivas de processos internos e declarações genéricas sobre comportamentos institucionais, conforme análise detalhada neste relatório. Em oitiva, ao ser questionada sobre a existência de filas de espera e cancelamentos unilaterais, a Sra. Andreza Santos Meneghel declarou desconhecer tais ocorrências, afirmando que os beneficiários estariam assistidos pela rede própria e pela rede de apoio – declaração diretamente contraditada pelo índice de 59,5% de relatos de direcionamento forçado colhidos pelo formulário desta CPI.

No plano processual, a recusa em apresentar dados auditáveis a Comissão Parlamentar de Inquérito constitucionalmente investida de poderes de requisição nos termos do art. 58, § 3º, da Constituição Federal, pode caracterizar embaraço à investigação parlamentar, conduta a ser avaliada pelo Ministério Público do Estado do Pará.

**10.3 PLANO AMAZÔNIA SAÚDE LTDA.**

**a) Pior indicador regulatório de Garantia de Acesso entre as operadoras investigadas**

O Despacho nº 42 da ANS, encaminhado em resposta ao Ofício nº 032/2026–CPI/CMB, registra que o Plano Amazônia Saúde obteve nota IDGA de 0,3017 no IDSS ano-base 2024 – dado proveniente de fonte oficial independente, baseado em metodologia padronizada da agência reguladora, sem qualquer interferência desta Comissão.

O resultado é, simultaneamente, o pior absoluto entre todas as operadoras avaliadas e inferior à metade do desempenho da PROASA Saúde Pará, que alcançou nota 0,6600 com uma base de 32.707 beneficiários – operadora de porte comparável. Esse indicador constitui evidência regulatória objetiva e independente do déficit estrutural de acesso dos beneficiários do Plano Amazônia Saúde às terapias e serviços de saúde contratados.

No plano administrativo, o IDGA de 0,3017 justifica a imposição de Plano de Adequação Regulatória pela ANS, com metas mensuráveis e prazo definido como condição para manutenção do registro operacional. No plano civil, a nota configura indício qualificado de prestação deficitária de serviços, com aptidão para lastrear ação indenizatória coletiva em favor dos beneficiários prejudicados.

**b) Resposta insuficiente e evasiva aos ofícios requisitórios**

Em resposta ao Ofício nº 031/2026–CPI/CMB, a operadora classificou como "não central" a análise detalhada dos repasses financeiros às clínicas credenciadas, deixando o Item 6 sem resposta substancial; limitou-se a reproduzir os prazos máximos regulamentares quanto aos tempos de autorização nos últimos dois anos, sem apresentar qualquer dado interno auditável (Item 4); e não forneceu documentação comprobatória das ações de fiscalização da rede credenciada (Item 5).

Em oitiva, o Sr. Miguel Alves Júnior declarou desconhecer o controle das agendas dos prestadores, atribuindo essa responsabilidade à gerência das próprias clínicas, e acrescentou que a operadora intervém apenas quando provocada pelo beneficiário – declaração que, em termos jurídicos, transfere ao próprio consumidor o ônus de fiscalizar o cumprimento das obrigações que incumbem contratual e legalmente à operadora.

A postura declarada de subordinar a atuação da operadora à iniciativa do beneficiário é frontalmente incompatível com o dever de garantia de acesso estabelecido pela RN ANS nº 566/2022 e com a responsabilidade objetiva do fornecedor de serviços consagrada no art. 14 do Código de Defesa do Consumidor. A omissão sistemática no dever de fiscalização da rede credenciada não configura mera irregularidade procedimental, representa falha estrutural na prestação do serviço que impõe consequências nas esferas administrativa e civil

**10.4 IASEP – INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ**

Em oitiva, os representantes do IASEP informaram que o protocolo de monitorização das clínicas credenciadas "encontra-se em construção" – declaração que evidencia a ausência de qualquer sistema regular de fiscalização dos atendimentos prestados às pessoas neurodivergentes.

O prazo contratual de pagamento de até 120 dias após o aceite da fatura foi identificado como fator de desestímulo ao credenciamento por parte de prestadores,

comprometendo diretamente a capilaridade e a suficiência da rede assistencial. Foram ainda relatados aos membros desta Comissão cancelamentos de atendimentos por esgotamento de cota e suspeitas de encaminhamentos preferenciais concentrados em uma única clínica – a CRETA-MedCare –, circunstância que, se confirmada, pode indicar favorecimento irregular de prestador específico.

Todos os compromissos assumidos pelas representantes durante a oitiva – envio de relatório quantitativo, listagem atualizada de clínicas credenciadas, protocolo de monitorização, cronograma de repasses e tabela referencial de valores – deixaram de ser cumpridos até a data de encerramento dos trabalhos desta Comissão.

Ainda que que o IASEP não possua unidade própria para atendimento especializado de terapias destinadas às pessoas com deficiência, que o número de clínicas credenciadas é reduzido (aproximadamente 7 estabelecimentos para uma base estimada de 900 a 1.000 usuários neurodivergentes em Belém), e que o setor de fiscalização interna encontra-se ainda em fase incipiente de estruturação, a Vice-Presidência desta Comissão recomendou ao Instituto, em caráter de urgência: a) Adoção de medidas urgentes para implantação de unidade própria de atendimento especializado, capaz de oferecer terapias continuadas para pessoas com deficiência, reduzindo a dependência exclusiva da rede credenciada terceirizada; b) Fortalecimento e estruturação imediata do setor de fiscalização interna, com definição de protocolo formalizado de monitoramento das clínicas credenciadas, cronograma de visitas e critérios objetivos de avaliação de qualidade; c) Implementação de sistema de controle de filas de espera e tempo de atendimento dos usuários, com monitoramento contínuo e transparente dos dados, permitindo identificar e corrigir gargalos antes que produzam interrupções no tratamento.

Ressalta-se, ademais, que não se mostra juridicamente adequado transferir integralmente às clínicas credenciadas a responsabilidade pela gestão das filas de atendimento. Embora as listas de espera se manifestem operacionalmente nas clínicas, o dever de controle, monitoramento e intervenção incumbe ao Instituto, que é o ente contratante e o responsável pela garantia de acesso assistencial perante o beneficiário. A delegação informal desse controle a terceiros **não exonera o IASEP de sua responsabilidade institucional.**

Na condição de autarquia estadual, o IASEP está integralmente submetido aos princípios constitucionais da publicidade, da eficiência e da transparência, inscritos no art. 37,



ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

---

caput, da Constituição Federal. O descumprimento dos compromissos assumidos em oitiva e a omissão total aos ofícios desta CPI podem configurar, cumulativamente: embaraço ao exercício do Poder Legislativo; infração aos arts. 5º, XXXIII, e 37, caput, da Constituição Federal e possível ato de improbidade administrativa por omissão no dever de transparência, nos termos do art. 11 da Lei nº 8.429/1992. Diante da gravidade das condutas apuradas, esta Comissão recomenda comunicação formal ao Ministério Público do Estado do Pará para as providências cabíveis.

## CAPÍTULO XI CONCLUSÕES

A instrução desta Comissão Parlamentar de Inquérito produziu um conjunto probatório consistente, multifonte e convergente, que permite enunciar as seguintes conclusões com segurança suficiente para os fins parlamentares:

### **1) Existência de padrão sistêmico e reiterado de violação de direitos**

As falhas identificadas ao longo da investigação não têm caráter episódico ou circunstancial, refletindo práticas institucionalizadas de negativa, restrição e descumprimento de obrigações legais e contratuais, reiteradas no tempo e comuns às operadoras investigadas.

Os dados são inequívocos: 83,8% das famílias respondentes relataram ausência de comunicação prévia sobre descredenciamentos; 74,3% reportaram suspensão unilateral de atendimentos. A recorrência e a uniformidade dessas condutas afastam qualquer interpretação que as trate como falhas isoladas de gestão.

### **2) Utilização do descredenciamento como instrumento de pressão econômica sobre beneficiários vulneráveis**

A investigação demonstrou que o descredenciamento de clínicas foi, em diversas situações, consequência direta da inadimplência das próprias operadoras perante os prestadores credenciados e não de qualquer razão técnica ou assistencial legítima.

O dado de que 55,4% das famílias identificaram os atrasos de repasse como fator de suspensão de atendimentos evidencia que beneficiários vulneráveis foram utilizados, ainda que indiretamente, como variável de ajuste em disputas financeiras entre operadoras e prestadores.

### **3) Danos clínicos mensuráveis e irreversíveis decorrentes de restrições administrativas sem respaldo médico**

A redução unilateral de carga terapêutica por critério exclusivamente administrativo, sem reavaliação médica independente viola frontalmente o art. 3º da Lei nº 14.790/2023 e produziu consequências clínicas documentadas e em muitos casos irreversíveis.

Sessenta e três vírgula cinco por cento das famílias respondentes relataram estagnação ou regressão no desenvolvimento dos pacientes; em 18,9% dos casos, houve perda de fala (dano neurológico que, em crianças em fase crítica de desenvolvimento, não admite

reparação integral). Portanto, a magnitude desses números confere à conduta das operadoras gravidade que transcende a esfera contratual e regulatória.

**4) Descumprimento deliberado de decisões judiciais como conduta de especial gravidade**

O descumprimento consciente e reiterado de liminares judiciais com operadoras optando explicitamente pelo pagamento de astreintes em detrimento do acatamento das ordens não configura mera inadimplência contratual.

Trata-se de conduta que desafia a autoridade do Poder Judiciário, potencialmente tipificável como crime de desobediência nos termos do art. 330 do Código Penal, e cujas consequências jurídicas devem ser apuradas pelo Ministério Público com a identificação nominal dos gestores responsáveis pelas decisões deliberadas de não cumprir.

Assim, com base no conjunto probatório reunido nos autos desta Comissão Parlamentar de Inquérito, conclui-se que há evidências suficientes, sólidas e convergentes de que operadoras de planos de saúde que atuam no Município de Belém adotaram práticas sistemáticas e reiteradas de restrição e negativa de cobertura assistencial às pessoas com deficiência, em violação à legislação federal aplicável, ao Código de Defesa do Consumidor e a decisões judiciais transitadas em julgado ou dotadas de eficácia imediata.

Essas práticas causaram danos clínicos de natureza irreversível, danos financeiros e psicossociais às famílias afetadas e sobrecarga mensurável ao Sistema Único de Saúde municipal, impondo encaminhamentos institucionais nas esferas administrativa, civil, penal e regulatória.

## CAPÍTULO VII RECOMENDAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

### 12.1 ÀS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

- 1) Ampliação imediata da rede credenciada de clínicas e profissionais especializados em Belém, com prioridade para atendimento de Pessoas com Deficiência (PcD), conforme parâmetros populacionais e epidemiológicos locais;
- 2) Garantia de continuidade assistencial das terapias durante todos os processos de transição de rede credenciada, vedando a interrupção abrupta de tratamentos em curso, em especial para pacientes em condição de vulnerabilidade;
- 3) Cumprimento rigoroso do prazo de 30 (trinta) dias de aviso prévio em caso de descredenciamento de prestadores, nos termos da Resolução Normativa ANS n.º 566/2022;
- 4) Vedação expressa à interferência administrativa das operadoras nas prescrições médicas, especialmente quanto à quantidade de sessões terapêuticas indicadas por profissional habilitado, sob pena de configuração de prática abusiva;
- 5) Vedação expressa à interferência administrativa das operadoras nas prescrições médicas, especialmente quanto à quantidade de sessões terapêuticas indicadas por profissional habilitado, sob pena de configuração de prática abusiva.

### 12.2 À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

- 1) Abertura imediata de processo administrativo para apuração e aplicação das sanções previstas no art. 24 da Lei n.º 9.656/1998 contra as operadoras investigadas, com base nas evidências documentadas neste relatório;
- 2) Implementação de programa de monitoramento específico do cumprimento da RN n.º 566/2022 no município de Belém, com indicadores qualitativos e quantitativos de acompanhamento semestral;
- 3) Criação de canal prioritário de atendimento a denúncias de beneficiários PcD, com prazo de resposta diferenciado e acesso facilitado para pessoas com limitações de comunicação;

- 4) Revisão dos critérios de fiscalização do descumprimento de decisões judiciais por operadoras, incluindo a adoção de medidas cautelares e mecanismos de cumprimento forçado administrativo;
- 5) Encaminhamento de relatório formal à ANS para instauração de processo administrativo sancionatório contra as operadoras identificadas como reincidentes no descumprimento de ordens judiciais;
- 6) Prestação de esclarecimentos formais à CPI sobre as medidas adotadas (ou não adotadas) pela Agência diante dos episódios de setembro de 2024 e maio de 2025, no prazo de 30 dias.

### **12.3 AO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (MPPA)**

- 1) Encaminhamento de relatório circunstanciado sobre o descumprimento sistemático de decisões judiciais pelas operadoras investigadas, com indicação nominal das empresas e dos casos documentados nos autos da CPI;
- 2) Fornecimento de subsídios probatórios para o ajuizamento de Ação Civil Pública por prática abusiva e dano difuso aos beneficiários de planos de saúde no município de Belém, com pedido de tutela antecipada;
- 3) Comunicação formal ao MPPA para análise de possível tipificação do crime de desobediência (art. 330 do Código Penal) contra os dirigentes que optaram pelo descumprimento deliberado e reiterado de liminares judiciais.
- 4) Implementação de mecanismos internos de unificação, sistematização e compartilhamento de dados entre as diferentes promotorias que tratem do objeto desta CPI, permitindo a quantificação real das demandas levadas ao MPPA, a identificação de padrões sistêmicos de conduta e a formulação de estratégias institucionais mais eficazes de proteção coletiva aos beneficiários prejudicados.

### **12.4 À DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ (DPE-PA)**

- 1) Encaminhamento do conjunto probatório reunido pela CPI para prestação de suporte jurídico integral às famílias que não obtiveram o cumprimento de suas decisões liminares pelas operadoras.

### **12.5 AO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL (PREFEITURA DE BELÉM)**

- 1) Criação de canal permanente de recebimento e monitoramento de denúncias de famílias de PcD junto à Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) e apoio técnico à

Secretaria Municipal de Inclusão e Acessibilidade (SEMIAC), com protocolo de encaminhamento interinstitucional.

- 2) Articulação formal com a Defensoria Pública para criação de núcleo especializado de atendimento a beneficiários com deficiência que sejam também usuários de planos de saúde.
- 3) Instalação e ativação do Fundo Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência
- 4) Inclusão da questão de Pessoas com Deficiência no planejamento orçamentário municipal, com dotação específica para atender à demanda crescente verificada no SUS em decorrência das omissões das operadoras.

## 12.6 PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS

Com fundamento nos elementos colhidos ao longo das investigações, a CPI propõe as seguintes medidas legislativas à Câmara Municipal de Belém e aos demais entes legiferantes:

### 12.6.1 PROJETOS DE LEI – CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

- 1) Projeto de Lei que cria a Procuradoria da Pessoa com Deficiência, vinculada à Câmara Municipal de Belém, com atribuições de defesa, orientação jurídica e proposição legislativa voltada à proteção dos direitos das PcD.

### 12.6.2 RECOMENDAÇÃO AOS PODERES LEGISLATIVOS ESTADUAL E FEDERAL

- 1) Recomendação formal ao Poder Legislativo Estadual e ao Congresso Nacional para o aperfeiçoamento da legislação de proteção às PcD na saúde suplementar, incluindo a revisão da Lei n.º 9.656/1998 e da Lei n.º 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), com vistas ao fortalecimento dos mecanismos de fiscalização e sanção.

### 12.7 RECOMENDAÇÃO AO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

- 1) Recomenda-se ao Tribunal de Justiça do Estado do Pará a adoção de medidas, em caráter de urgência, para a implementação de **mecanismo de unificação, filtragem e classificação de processos judiciais** que tenham como objeto demandas contra operadoras de planos de saúde, especialmente aquelas relacionadas à negativa ou à demora na oferta de terapias a pessoas com deficiência e a beneficiários com Transtorno do Espectro Autista. A medida se justifica pela atual inexistência de ferramenta que permita a identificação precisa e sistematizada dessas demandas no

sistema processual do TJPA – lacuna informacional que, conforme apurado nesta CPI (Capítulo VI), impede a mensuração fidedigna da extensão do problema e dificulta a atuação coordenada dos órgãos de controle. A implementação de filtro temático específico permitirá não apenas aprimorar a gestão processual, mas também subsidiar futuras políticas públicas e iniciativas legislativas voltadas à proteção do direito à saúde das pessoas com deficiência no âmbito estadual.

## **12.8 RECOMENDAÇÃO AO PROCON/PA – DIRETORIA DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR DO ESTADO DO PARÁ**

Recomenda-se ao PROCON/PA o fortalecimento de sua atuação institucional no tema das negativas de terapias a pessoas com deficiência por operadoras de planos de saúde, mediante as seguintes medidas:

- 1) **Criação de plataformas digitais próprias e canais específicos de atendimento** voltados ao recebimento de denúncias relacionadas à negativa de terapias por planos de saúde, com interface acessível a pessoas com deficiência e a seus responsáveis legais, garantindo registro, rastreamento e resposta tempestiva às reclamações;
- 2) **Ampliação das ações de divulgação, orientação e educação do consumidor**, com foco nos direitos das pessoas com deficiência no acesso à saúde suplementar, incluindo os prazos regulatórios, os mecanismos de reclamação disponíveis e os direitos assegurados pela legislação federal — especialmente a Lei nº 9.656/1998, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), a Lei Berenice Piana (Lei nº 12.764/2012) e a Lei Romeo Mion (Lei nº 13.977/2020);
- 3) **Desenvolvimento de campanhas institucionais e programas permanentes** voltados à conscientização da população sobre o objeto tratado nesta Comissão Parlamentar de Inquérito, com especial atenção às famílias de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista e outras condições de neurodivergência.

## CAPÍTULO XIII DOS VOTOS

### 13.1. VOTO DA RELATORA

Esta Comissão Parlamentar de Inquérito encerra seus trabalhos com a certeza de ter cumprido o mandato que lhe foi conferido pela Câmara Municipal de Belém e, antes disso, pela confiança das famílias que a ela recorrem.

O presente Relatório Final é o resultado de meses de investigação rigorosa, sustentada em documentos, depoimentos colhidos sob compromisso e análise criteriosa do arcabouço normativo aplicável à saúde suplementar no Brasil.

Os fatos apurados por esta Comissão são graves e não comportam relativização. As operadoras de planos de saúde investigadas adotaram, de forma sistemática e reiterada, condutas que violam simultaneamente a legislação federal de proteção ao consumidor, a Lei n.º 9.656/1998, a Lei n.º 13.146/2015, às resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, em inúmeros casos documentados, decisões judiciais transitadas em julgado ou dotadas de eficácia liminar. Não se trata de falhas isoladas ou de insuficiências operacionais corrigíveis pela via administrativa ordinária. Trata-se de um padrão deliberado de conduta, orientado pela lógica da redução de custos assistenciais em detrimento do direito à saúde de Pessoas com Deficiência.

O dano causado às beneficiárias e aos beneficiários identificados nesta investigação é concreto, quantificável e, em expressiva parcela dos casos, irreversível. Janelas do neurodesenvolvimento infantil não se reabrem após o encerramento de um processo administrativo. A interrupção de terapias especializadas – fonoaudiologia, terapia ocupacional, análise do comportamento aplicada, fisioterapia neurológica – em crianças em período crítico de desenvolvimento produz sequelas que nenhuma decisão judicial posterior será capaz de desfazer integralmente. Esta Comissão registra, com a solenidade que o fato exige, que parte do dano apurado é permanente.

As recomendações e os encaminhamentos consolidados neste capítulo não constituem manifestações de natureza meramente protocolar. Representam obrigações institucionais desta Casa Legislativa para com os cidadãos que nela depositaram sua confiança, e traduzem, em linguagem jurídica e administrativa precisa, as conclusões a que

chegou esta CPI após exame detido dos elementos probatórios reunidos. Cada órgão destinatário – a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Ministério Público do Estado do Pará, a Defensoria Pública Estadual, o Conselho Federal de Medicina, o CRM-PA e o Poder Executivo Municipal – recebe, por meio deste instrumento, não apenas uma comunicação informativa, mas uma demanda formal de atuação concreta, tempestiva e juridicamente fundamentada.

As proposições legislativas apresentadas neste relatório têm por finalidade assegurar a permanência institucional dos mecanismos de controle aqui recomendados, de modo que os resultados desta investigação não se limitem à vigência desta Comissão. A criação da Procuradoria da Pessoa com Deficiência, a instituição de canal permanente de denúncias, a obrigatoriedade de audiências públicas anuais das operadoras perante esta Casa e os demais instrumentos propostos visam converter os achados desta CPI em estrutura normativa duradoura, capaz de produzir efeitos independentemente de conjunturas políticas ou administrativas futuras.

Registro, por dever de transparência e como elemento de contexto que não pode ser omitido deste voto, que a relatoria desta Comissão foi exercida com o compromisso adicional de quem conhece, na dimensão pessoal, a realidade vivida pelas famílias ouvidas. A experiência como mãe de criança com deficiência não substituiu, em nenhum momento, o rigor técnico e jurídico exigido pela função parlamentar – pelo contrário, conferiu à condução dos trabalhos a sensibilidade necessária para compreender, em toda a sua extensão, a gravidade das violações investigadas.

Pelo exposto, e com fundamento em tudo o que foi apurado, documentado e analisado no curso dos trabalhos desta Comissão Parlamentar de Inquérito:

- 1) **VOTO PELA APROVAÇÃO INTEGRAL DO PRESENTE RELATÓRIO FINAL**, em todos os seus capítulos, conclusões, recomendações e encaminhamentos.
- 2) **VOTO PELA REMESSA IMEDIATA DOS ENCAMINHAMENTOS AOS ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES COMPETENTES**, na forma estabelecida neste capítulo, sem dilação injustificada.
- 3) **VOTO PELA APRESENTAÇÃO E TRAMITAÇÃO PRIORITÁRIA DAS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS** aqui elencadas, como expressão do compromisso permanente desta Casa com a proteção dos direitos das Pessoas com Deficiência.



ESTADO DO PARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM

---

Por fim, consigno que este relatório é dedicado, integralmente, às Pessoas com Deficiência do município de Belém e às famílias que, a despeito de todos os obstáculos, não cessaram de reivindicar o que a lei já lhes assegura.

Sala VIP, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Vereadora **NAY BARBALHO**  
Relatora

### 13.2. VOTO DA VICE-PRESIDÊNCIA

Inicialmente, cumpre registrar que esta parlamentar, na qualidade de Vice-Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde, acompanha o voto da Relatora pela aprovação do Relatório Final, reconhecendo o relevante trabalho técnico desenvolvido ao longo da instrução probatória, bem como a consistência das conclusões apresentadas.

O relatório reflete, de forma adequada, o cenário de irregularidades estruturais na prestação de serviços pelas operadoras de planos de saúde no Município de Belém, especialmente no que tange à garantia de terapias às pessoas com deficiência.

Todavia, sem prejuízo da concordância com as conclusões gerais, esta parlamentar entende pertinente apresentar ponderações complementares, com base nas oitivas realizadas, especialmente no que se refere às informações prestadas por operadoras e institutos de assistência à saúde, bem como propor encaminhamentos específicos que visem maior efetividade das medidas a serem adotadas.

As contribuições ora apresentadas têm por finalidade reforçar a efetividade dos encaminhamentos desta Comissão, especialmente no que se refere à necessidade de controle, transparência e responsabilização das operadoras e institutos analisados. Reitera-se que a proteção ao direito à saúde, em especial das pessoas com deficiência, exige não apenas a identificação das irregularidades, mas a adoção de medidas concretas capazes de corrigir as falhas estruturais verificadas ao longo da instrução.

Desta forma, esta parlamentar manifesta-se pela APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL, visando contribuir para o aperfeiçoamento das medidas institucionais e a efetiva garantia do direito à saúde no Município de Belém.

Sala VIP, 22 de Abril de 2026

  
Vereadora AGATHA BARRA

Vice-Presidente

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Instrução Normativa n.º 23, de 1.º de dezembro de 2009**. Estabelece os procedimentos para a análise de recursos de negativas de cobertura assistencial pelos planos privados de saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa n.º 259, de 17 de junho de 2011**. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jun. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa n.º 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 fev. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa n.º 566, de 7 de abril de 2022**. Dispõe sobre a cobertura assistencial para portadores de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e sobre o descredenciamento de prestadores de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados gerais do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, fev. 2026a. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 13 abr. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **ANS divulga números de beneficiários referentes a fevereiro de 2026**. Rio de Janeiro: ANS, 6 abr. 2026b. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-numeros-de-beneficiarios-em-fevereiro>>. Acesso em: 13 abr. 2026.

AGÊNCIA PARÁ. **IASEP divulga as principais ações e resultados em 2023**. Belém: Agência Pará, 15 dez. 2023. Disponível em: <<https://agenciapara.com.br/noticia/50045/iasep-divulga-as-principais-acoes-e-resultados-em-2023>>. Acesso em: 13 abr. 2026.

AGÊNCIA PARÁ. **IASEP fortalece a segurança dos segurados com a implementação da biometria e realiza campanha estratégica em Belém**. Belém: Agência Pará, 12 set. 2025b. Disponível em: <<https://agenciapara.com.br/news/70610/iasep-strengthens-the-security-of-insured-individuals-with-the-implementation-of-biometrics-and-conducts-a-strategic-campaign-in-belem>>. Acesso em: 13 abr. 2026.

AGÊNCIA PARÁ. **IASEP orienta servidores sobre adesão ao plano de saúde e inclusão de dependentes**. Belém: Agência Pará, 2025a. Disponível em:

---

<<https://www.agenciapara.com.br/noticia/38054/iasep-orienta-servidores-sobre-adesao-ao-plano-de-saude-e-inclusao-de-dependentes>>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BELÉM. Lei Municipal n.º 9.286, de 26 de junho de 2017. **Cria o Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Belém – IASB e dá outras providências.** Diário Oficial do Município, Belém, PA, 27 jun. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto Legislativo n.º 186, de 9 de julho de 2008. **Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul. 2008. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Lei n.º 1.579, de 18 de março de 1952. **Dispõe sobre as Comissões Parlamentares de Inquérito.** Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, RJ, 20 mar. 1952.

BRASIL. Lei n.º 7.347, de 24 de julho de 1985. **Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (Lei da Ação Civil Pública).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 1985.

BRASIL. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências (Código de Defesa do Consumidor).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.429, de 2 de junho de 1992. **Dispõe sobre as sanções aplicáveis em virtude da prática de atos de improbidade administrativa.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jun. 1992.

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

BRASIL. Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei Berenice Piana).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)> . Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.977, de 8 de janeiro de 2020. **Altera a Lei n.º 12.764/2012, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTA)** (Lei Romeo Mion). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jan. 2020.

BRASIL. Lei n.º 14.454, de 21 de setembro de 2022. **Altera a Lei n.º 9.656/1998, para estabelecer critérios de cobertura de tratamentos de saúde pelos planos de saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2022.

BRASIL. Lei n.º 14.790, de 29 de dezembro de 2023. **Veda a interferência de operadoras de planos de saúde na definição da quantidade de procedimentos, terapias e sessões prescritas por profissional de saúde para pessoas com deficiência ou com transtorno do espectro autista**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 jan. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua: Pessoas com Deficiência 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda>> . Acesso em: 13 abr. 2026.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM. Portaria n.º 1.225, de 30 de setembro de 2025. **Institui a Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde**. Belém: CMB, 2025

CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM. Portaria CPI n.º 02, de 24 de outubro de 2025. **Dispõe sobre a composição da CPI dos Planos de Saúde**. Belém: CMB, 2025.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM. Portaria CPI/02/CMB n.º 002, de 4 de novembro de 2025. **Determina a suspensão dos trabalhos da CPI dos Planos de Saúde em razão da COP 30**. Belém: CMB, 2025.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM. Portaria CPI n.º 03, de 15 de dezembro de 2025. **Suspende os trabalhos da CPI em razão do recesso parlamentar**. Belém: CMB, 2025.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM. Portaria CPI/02/CMB n.º 01, de 13 de fevereiro de 2026. **Retoma os trabalhos da CPI dos Planos de Saúde**. Belém: CMB, 2026.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM. Portaria CPI/02/CMB n.º 002, de 27 de março de 2026. **Aditamento do objeto da CPI dos Planos de Saúde**. Belém: CMB, 2026.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM. Requerimento n.º 1.032, de 2025. **Requer a criação da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as práticas das operadoras de planos de saúde.** Belém: CMB, 2025.

DIÁRIO DO PARÁ. **Pais de autistas protestam contra atendimento da Unimed Belém.** Belém: Diário do Pará, 2024. Disponível em: <https://diariodopara.com.br/noticias/pais-de-autistas-protestam-contratendimento-da-unimed-belem/>. Acesso em: 9 abr. 2026.

DIÁRIO DO PARÁ. **Pará tem quase 10% da população com alguma deficiência, aponta IBGE.** Belém: Diário do Pará, 2023.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE BELÉM (IASB). Sobre o IASB. Belém: IASB, 2024. Disponível em: <https://iasb.belem.pa.gov.br/institucional/sobre-o-iasb/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ (IASEP). Sobre o IASEP. Belém: IASEP, 2025a. Disponível em: <http://www.iasep.pa.gov.br/sobre-o-iasep>. Acesso em: 13 abr. 2026.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ (IASEP). Regras do Plano. Belém: IASEP, 2025b. Disponível em: <http://www.iasep.pa.gov.br/regras-do-plano>. Acesso em: 13 abr. 2026.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ (IASEP). Perguntas frequentes. Belém: IASEP, 2025c. Disponível em: <http://www.iasep.pa.gov.br/perguntas-frequentes>. Acesso em: 13 abr. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html> > . Acesso em: 13 abr. 2026.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. **MPPA ajuíza ação civil pública sobre o descredenciamento de laboratórios por plano de saúde.** Belém: MPPA, 2024. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-ajuiza-acao-civil-publica-sobre-o-descredenciamento-de-laboratorios-por-plano-de-saude.htm>. Acesso em: 9 abr. 2026.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. **MPPA instaura procedimento para apurar possíveis prejuízos aos consumidores com o descredenciamento de laboratórios pela Unimed Belém.** Belém: MPPA, 2024. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-instaura-procedimento-para-apurar-possiveis-prejuizos-aos-consumidores-com-o-descredenciamento-de-laboratorios-pela-unimed-belem.htm>. Acesso em: 9 abr. 2026.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO MATO GROSSO. **MPPA**: após mediação de instituições, número de consultas e sessões de terapias para pessoas com deficiências serão ilimitados. [s. l.]: MPMT, 2024. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-apos-mediacao-de-instituicoes-numero-de-consultas-e-sesoes-de-terapias-para-pessoas-com-deficiencias-serao-ilimitados/962>. Acesso em: 9 abr. 2026.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (MPPA). **Ata de Audiência Extrajudicial. Inquérito Civil n.º 06.2023.00000532-6**. Belém: MPPA, 19 jan. 2026. fl. 1185–1186.

O LIBERAL. **Clientes da Unimed fazem manifestação contra suspensão de atendimentos para crianças autistas**. Belém: O Liberal, 2024. Disponível em: <https://www.oliberal.com/belem/clientes-da-unimed-fazem-manifestacao-contrasuspensao-de-atendimentos-para-criancas-autistas-1.861049>. Acesso em: 9 abr. 2026.

O LIBERAL. **Famílias protestam por terapias negadas por planos de saúde em frente ao TJPA**. Belém: O Liberal, 2024. Disponível em: <https://www.oliberal.com/para/familias-protestam-por-terapias-negadas-por-planos-de-saude-em-frente-ao-tjpa-1.898852>. Acesso em: 9 abr. 2026.

PARÁ. Lei n.º 6.439, de 14 de janeiro de 2002. **Dispõe sobre o plano de assistência à saúde dos servidores do Estado do Pará e dá outras providências**. Diário Oficial do Estado, Belém, PA, 15 jan. 2002.

PARÁ. Lei n.º 7.290, de 2009. **Denomina o instituto como Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Pará – IASEP e dispõe sobre sua reestruturação organizacional**. Belém: Assembleia Legislativa do Estado do Pará, 2009.

PARÁ. Lei n.º 8.343, de 28 de janeiro de 2016. **Altera dispositivos da Lei n.º 6.439/2002, que dispõe sobre o plano de assistência à saúde IASEP, e dá outras providências**. Belém: Assembleia Legislativa do Estado do Pará, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Súmula n.º 608. **O contrato de plano de saúde firmado com entidade de autogestão não é regido pela Lei n.º 9.656/1998**. Brasília, DF: STJ, 11 abr. 2018.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Tema Repetitivo n.º 1.082. Recurso Especial n.º 1.733.013/PR; Recurso Especial n.º 1.822.255/SP. Relatora: Min. Nancy Andrighi. Julgado em: 1.º jun. 2021. Brasília, DF: STJ, 2021. [Planos de saúde: rol da ANS como referência mínima de cobertura.]

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Tema Repetitivo n.º 1.183. Recurso Especial n.º 1.904.980/SP; Recurso Especial n.º 1.919.049/SP. Relator: Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. Julgado em: 8 jun. 2022. Brasília, DF: STJ, 2022. [Operadoras não podem restringir tratamentos ao rol da ANS quando há indicação médica e evidência científica.]

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial n.º 2.153.672. [Descumprimento de obrigações por operadoras de planos de saúde — responsabilidade civil]. Brasília, DF: STJ, [2024].

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial n.º 2.167.050. [Descredenciamento de prestadores e direitos dos beneficiários de planos de saúde]. Brasília, DF: STJ, [2024].

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Recurso Extraordinário n.º 855.178/SE – Tema 793. Relator: Min. Luiz Fux. Julgado em: 23 maio 2019. Brasília, DF: STF, Plenário, 2019. [Responsabilidade solidária de entes federados na área da saúde.]

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ (TJPA). Dados sobre ações judiciais relativas a planos de saúde — biênio 2024–2025. Belém: TJPA, 2025. [Dados fornecidos em resposta a requisição da CPI dos Planos de Saúde, SEI n.º 0046087-92.2025.8.14.0900.]

ANEXOS

ANEXO ÚNICO – PROJETO DE LEI

PROJETO DE LEI N.º \_\_\_\_/2026

***EMENTA: ESTABELECE DIRETRIZES PARA A CRIAÇÃO DA PROCURADORIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, NO ÂMBITO DA CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.***

A CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM aprova e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** Esta Lei estabelece diretrizes para a criação da Procuradoria da Pessoa com Deficiência, no âmbito da Câmara Municipal de Belém, com a finalidade de promover, proteger e fiscalizar os direitos das pessoas com deficiência no Município.

**Art. 2º** A Procuradoria da Pessoa com Deficiência observará, em sua atuação, os seguintes fundamentos:

- I – a dignidade da pessoa humana;
- II – a igualdade material e a não discriminação;
- III – a inclusão social e a acessibilidade universal;
- IV – a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência;
- V – a participação social e o controle democrático.

**Art. 3º** Constituem diretrizes para a organização e funcionamento da Procuradoria da Pessoa com Deficiência:

- I – atuação institucional de natureza consultiva, propositiva, fiscalizatória indireta e de promoção de direitos, vedado o exercício de atribuições típicas de órgãos jurisdicionais;
- II – vinculação administrativa à Câmara Municipal de Belém, assegurada autonomia funcional no desempenho de suas atribuições;
- III – atuação articulada com órgãos e instituições públicas e privadas, especialmente com a Defensoria Pública, o Ministério Público e órgãos do Poder Executivo;

IV – garantia de atendimento acessível, inclusivo e humanizado, com utilização de recursos de tecnologia assistiva e comunicação adequada

V – adoção de linguagem simples e mecanismos que assegurem o amplo acesso à informação;

VI – promoção de mecanismos de escuta ativa e participação das pessoas com deficiência e de suas entidades representativas.

**Art. 4º** Constituem diretrizes para as competências da Procuradoria da Pessoa com Deficiência:

I – recebimento, registro e encaminhamento de denúncias, reclamações e representações relativas à violação de direitos das pessoas com deficiência;

II – prestação de orientação jurídica de caráter informativo às pessoas com deficiência e seus familiares;

III – proposição de projetos de lei, resoluções e outros atos normativos voltados à inclusão e proteção das pessoas com deficiência;

IV – elaboração de estudos, notas técnicas, recomendações e relatórios sobre a efetividade de políticas públicas;

V – requisição de informações a órgãos públicos e entidades privadas, nos limites da legislação aplicável;

VI – realização de audiências públicas, inspeções e outras iniciativas de fiscalização indireta;

VII – exercício de funções de ouvidoria especializada.

**Art. 5º** A estrutura organizacional da Procuradoria da Pessoa com Deficiência deverá observar as seguintes diretrizes:

I – composição por equipe multidisciplinar, preferencialmente com profissionais com experiência em direitos humanos e inclusão;

II — garantia de acessibilidade arquitetônica, comunicacional e digital;

III — disponibilização de canais presenciais e eletrônicos de atendimento

IV — previsão de recursos humanos e materiais compatíveis com suas atribuições.

**Art. 6º** A atuação da Procuradoria da Pessoa com Deficiência observará diretrizes de transparência e controle social, devendo:

I — publicar relatórios periódicos de atividades;

II — divulgar dados e indicadores sobre a situação das pessoas com deficiência no Município;

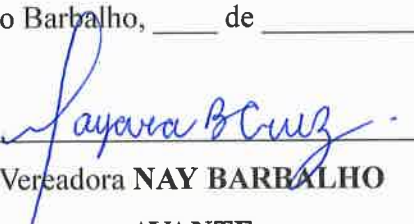
III — assegurar acesso público às informações, nos termos da legislação vigente.

**Art. 7º** A implementação da Procuradoria da Pessoa com Deficiência deverá observar a disponibilidade orçamentária da Câmara Municipal, podendo ocorrer mediante remanejamento de recursos existentes, vedada a criação de despesas sem a devida previsão orçamentária.

**Art. 8º** O Poder Executivo poderá instituir esta Lei, definindo a estrutura, o funcionamento e as atribuições específicas da Procuradoria da Pessoa com Deficiência.

**Art. 9ª** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala de Sessão Jornalista Laércio Barbalho, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.



Vereadora **NAY BARBALHO**  
**AVANTE**