

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JAIME DE CÁSSIO MIRANDA, CONSELHEIRO DO CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO E RELATOR DA PROPOSIÇÃO Nº 1.00593/2022-45.

ASSUNTO: Proposta de alteração da Resolução que regulamenta o Programa de Assistência à Saúde Suplementar para Membros de Servidores do Ministério Público

A ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO – CONAMP, entidade de classe de âmbito nacional, devidamente qualificada nos autos da Proposição em epígrafe, vêm, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, com fulcro no art. 156¹ do Regimento Interno do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), opor

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

em face do acórdão de 20 de setembro de 2022, publicado no dia 22 de setembro de 2022, que contou com voto condutor de relatoria de Vossa Excelência, o qual aprovou, por unanimidade, proposição de iniciativa do eminente Conselheiro Antônio Edílio Magalhães Teixeira, cuja finalidade é alterar disposição da Resolução CNMP nº 223, de 16 de dezembro de 2020, no que tange a *“suprimir locução do texto original e permitir que os valores das participações obrigatórias dos beneficiários possam ser objeto de*

¹ Art. 156. Das decisões do Plenário, do Relator e do Corregedor Nacional cabem embargos de declaração quando houver obscuridade, omissão, contradição ou erro material. ([Redação dada pela Emenda Regimental no 21, de 27 de junho de 2019](#))

ressarcimento”.

Com o devido registro e aplauso à iniciativa de alteração da resolução para abarcar situação apreciada anteriormente, bem como de promover a recomposição do percentual limitador de até 10% (dez por cento) para até 15% (quinze por cento), haja vista a correção das tabelas de plano de saúde à luz da inflação no país, é de se referir, no entanto, a necessidade de consignar que a decisão contém contradição e omissão quanto às demais sugestões de alteração da resolução encaminhadas por esta entidade e demais representações de classe.

Frise-se, que através do Ofício nº 077/2022-GAB/CONAMP, datado de 4/7/2022, em apertada síntese, foram formuladas propostas para que o reembolso do auxílio indenizatório , observado o percentual fixado por esse Conselho Nacional, para: **a)** incluir despesas não abrangidas pelos custos dos planos/seguradoras de saúde (nova redação para o art. 3º, inc. I, art. 4º, inc. IV); **b)** introduzir o conceito de doença grave, nos termos da Lei nº 7.713/88, permitindo que as despesas com seu tratamento sejam reembolsáveis para além dos valores despendidos com planos ou seguros privados de saúde (acréscimo de um inc. IV ao art. 3º e nova redação para o art. 4º, § 3º); **c)** suprimir do texto a vedação à vinculação simultânea a mais de uma modalidade do programa de assistência à saúde (art. 4º, § 2º); **d)** alterar o limite fixado para reembolso das despesas, em caráter indenizatório, de 10% para 15% do subsídio do membro ministerial.

A pretensão formulada, como referido, visa esclarecer que cada ramo ou unidade do Ministério Público Brasileiro possa incluir as despesas com a saúde em geral dos membros e servidores, limitadas ao percentual estabelecido, para fins de ressarcimento não só os valores das despesas com o plano de saúde em si, mas de outras despesas particulares, não custeadas pelo plano, relacionadas com a saúde, em formato de reembolso. A título de exemplo, como de conhecimento público, há de se registrar as inúmeras vezes em que na localidade de residência, o médico especialista em determinada patologia não está credenciado ao plano de saúde, sendo necessário por parte do usuário o pagamento da consulta na “modalidade particular”, em valores bastante elevados.

Portanto, com o objetivo de aclarar tão situação da Resolução 223 de 2020 e deixar cada chefe dos ramos e unidades do Ministério Público respaldados pela



Associação Nacional dos Membros do Ministério Público

normativo própria editada pelo Conselho Nacional do Ministério Público, foram apresentadas as sugestões de alteração de alteração do artigo 3º, inc. I, artigo 4º, inc. IV e seu § 2º, com os seguintes argumentos.

A edição da Resolução CNMP 223, de 16 de dezembro de 2020, constituiu-se em importante passo para a preservação da saúde de membros e servidores do Ministério Público da União e dos estados para o alcance dos desafios enfrentados durante o exercício de suas atividades funcionais e para a minimização das debilidades dele resultantes.

Nesse prisma, a Resolução CNMP 223, atualmente em vigor, atinge seu objetivo protetivo em relação a absoluta maioria dos membros e servidores do Ministério Público, posto que, em condições de normalidade, as disfunções de saúde por estes apresentadas, ainda quando revestidas de alguma gravidade, se apresentam de forma passageira, sendo suficientemente resguardada a sua integridade mediante a assistência na forma atualmente estabelecida, por meio de programas mantidos pelas respectivas instituições ou contratados por estas, ou ainda pela implementação de auxílio de caráter indenizatório, limitado aos valores despendidos com o pagamento de planos ou seguros de saúde.

Esta Resolução, em seu artigo 3º, inciso I, estabeleceu o que pode ser considerado como assistência à saúde suplementar para fins de reembolso, nos seguintes termos:

“Art. 3º Para fins desta Resolução, considera-se:

I – assistência à saúde suplementar: assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, prestada diretamente pelo órgão ou pela entidade a que estiver vinculado o membro ou o servidor do Ministério Público brasileiro, mediante convênio ou contrato, ou, na forma de auxílio, mediante reembolso total ou parcial do valor despendido pelo membro ou pelo servidor com planos ou seguros privados de assistência à saúde ou odontológica;”

Com essa previsão, observamos que os valores devidos para fins de reembolso a título de auxílio de assistência à saúde em favor dos membros do Ministério Público brasileiro somente podem ser aqueles utilizados de forma restrita, para o custeio de plano ou seguros de saúde ou de odontologia privados, deixando, assim de serem contempladas expressamente outras despesas médicas, hospitalares, odontológicas, psicológicas e farmacêuticas, que não são abrangidas pelos custos dos planos/seguradoras de saúde.

Ou seja, o artigo 3º, inciso I, da supracitada Resolução estabeleceu uma restrição superável ao prever como condição para o recebimento do auxílio saúde que este valor esteja estritamente vinculado e restrito ao valor despendido pelo beneficiário com o pagamento dos planos de saúde ou odontológicos privados.

Isso porque tal restrição finda por trazer prejuízos consideráveis para os membros e servidores que não são vinculados a planos privados

de saúde médica e/ou odontológica, os quais tenham legitimamente optado por arcar diretamente com suas despesas médicas, sem a intermediação de uma empresa prestadora deste serviço, como os planos de saúde privados.

Vale registrar, inclusive, que os planos de saúde em geral não cobrem despesas odontológicas, psicológicas e farmacêuticas, sobretudo estas últimas, não sendo justo e isonômico restringir o usufruto deste direito aos membros e servidores apenas pelo fato de estes não serem usuários de plano privado de saúde.

Por sua vez, no âmbito do Poder Judiciário brasileiro, o Conselho Nacional de Justiça – CNJ – regulamentou o mesmo assunto de forma mais ampla, instituindo uma política de atenção integral à saúde de magistrados e servidores do Poder Judiciário, através da Resolução n.º 207, de 15/10/2015, em que autorizou a instituição de planos ou auxílios-saúde.

Resta, assim, seguir o mesmo raciocínio, menos restritivo e mais razoável em favor do membro e servidor do Ministério Público brasileiro.

Isto porque a paridade e isonomia com o Poder Judiciário, inclusive no campo remuneratório, foi uma conquista fundamental para a dignidade da carreira do Ministério Público, sendo fruto de árdua luta de todos os que fazem a instituição, sendo a simetria constitucional existente entre as duas instituições materializada no art. 129, § 4º, da CF/88.

Portanto, é preciso garantir a percepção do auxílio saúde por parte daqueles que são vinculados a planos de saúde, para utilização dos valores recebidos, obviamente, em outros itens previstos na própria Resolução que não são cobertos por planos privados de saúde.

Em continuação, quanto ao disposto no art.4º, 2º§, ressaltamos:

*Além disso, importante trazer a lume a clara contradição existente no § 2º do art. 4º, porque, se o reembolso é admitido no § 1º e, obviamente, é uma das modalidades de assistência à saúde, **a vedação à “vinculação simultânea a mais de uma modalidade” não faz, data venia, qualquer sentido.***

*A vedação, **que destoa do disposto na Resolução CNJ nº 294, de 18/12/2019,** preocupa sobremaneira, ademais, porque, se mantida, a julgar pela redação do inciso III do art. 4º (“serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade”), deixará em estado de vulnerabilidade **a existência dos segmentos administrativos internos ora voltados exatamente à assistência integral à saúde.***

***Colide, outrossim, com os itens 5 e 8 do Glossário,** claros ao afirmar, muito racional, razoável e acertadamente, que o “Ministério Público poderá disponibilizar uma ou mais modalidades, após análise da viabilidade de concessão de cada uma, que será de responsabilidade de cada órgão” e que “o auxílio, de caráter indenizatório, poderá ser concedido pelo órgão de forma exclusiva ou concomitante com qualquer uma das outras modalidades, conforme dispuser o regulamento de*

cada Ministério Público, após avaliação da viabilidade”.

*Ressalte-se que o reembolso ou, como indica o Glossário, o “ressarcimento”, deve não apenas ser admitido, como já foi, mas também, embora condicionado à dotação orçamentária, **alcançar as despesas efetuadas diretamente pelos beneficiários com sua saúde, sejam em consultas médicas particulares, despesas com planos odontológicos, sessões relacionadas à saúde, observado o percentual estabelecido na resolução.***

Diante disso, necessária a alteração do artigo 4º, §2º, da Resolução para excluir a vedação à vinculação simultânea a mais de uma modalidade do programa de assistência à saúde suplementar.

Neste cenário, este egrégio Conselho Nacional do Ministério, com base no voto condutor de Vossa Excelência, fundamenta a rejeição das sugestões em forma de proposição, salvo melhor juízo, **de forma contraditória.** Vejamos:

A interpretação sistemática da Resolução permite concluir que o reembolso do auxílio-saúde, previsto no § 1º do art. 4º, aplica-se aos sistemas de autogestão e de contratação de operadora de plano de saúde, nos termos do regulamento editado pela respectiva unidade do Ministério Público. **O Glossário da Resolução esclarece, nesse sentido, quanto à cumulação entre as modalidades, que “o Ministério Público poderá disponibilizar uma ou mais modalidades, após a análise da viabilidade de concessão de cada uma, que será de responsabilidade de cada órgão”.** Essas razões, em especial o risco de desmonte das soluções existentes de assistência à saúde, **conduzem-me à conclusão de que são inviáveis, no atual momento, propostas que buscam ampliar o reembolso de despesas não incluídas nos respectivos planos de saúde ou seguros.**

Verifica-se da decisão que a fundamentação vem no sentido que cada MP poderá disponibilizar uma ou mais modalidades, todavia, ‘são inviáveis, no atual momento, propostas que buscam ampliar o reembolso de despesas não incluídas nos respectivos planos de saúde ou seguros’. Outro ponto que merece destaque, diz respeito à contradição decorrente da limitação a apenas um plano de saúde, quando em muitas de



Associação Nacional dos Membros do Ministério Público

nossas realidades regionais, há exigência do membro ou servidor contratar mais de um seguro saúde. Explica-se.

Como cediço, em algumas regiões ou Estados do país, um plano de saúde de abrangência nacional não tem rede que permita e possibilite atendimento nos municípios do interior ou nas regiões mais afastadas do estado, condicionando ao membro ou servidor que contrate um plano mais local que não lhe dá acesso aos hospitais dos grandes centros, especializados na alta complexidade.

Na sequência, assegura a autonomia administrativa e financeira de todas as unidades do Ministério Público, podendo optar pelo modelo de prestação de assistência à saúde mais bem adaptado a sua realidade, quando diz:

*Ressalte-se, uma vez mais, o quanto já expresso por ocasião dos julgamentos anteriores sobre a matéria: o CNMP buscou não só assegurar tratamento minimamente uniforme da assistência à saúde por todas as unidades do Ministério Público. Assegurou-lhes, também, em **respeito ao princípio da autonomia administrativa e financeira**, a opção pelo modelo de prestação de assistência **mais bem ajustado à disponibilidade orçamentária** e aos meios de gestão que sejam acessíveis a cada uma.*

Diante disso, denota-se a existência de **contradição no acórdão recorrido**, uma vez que, ao mesmo tempo que ressalvou a autonomia administrativa e financeira de cada unidade do Ministério Público, inclusive para disponibilizar uma ou mais das modalidades previstas do programa de assistência à saúde complementar, fíndou por supostamente rejeitar a proposição de alteração da resolução que permitiria a acumulação de mais de uma espécie das modalidades do programa, bem como a inclusão de valores relacionados às despesas particulares não abrangidas pelos planos de saúde, sempre respeitando-se o limite estabelecido por esse Conselho Nacional para cada unidade.

A contradição apresentada no acórdão recorrido gera, pois, dúvida quanto à conclusão do entendimento e da verdadeira intenção do julgador, conforme argumentos descritos no voto em análise, o que enseja a necessidade de esclarecimento para alcançar a convergência de interpretações e conseqüente acolhimento das sugestões apontadas no requerimento desta entidade, as quais, vale ressaltar, se coadunam



Associação Nacional dos Membros do Ministério Público

perfeitamente com o princípio da autonomia administrativa e financeira de cada unidade do Ministério Público.

Ademais, vislumbra-se omissão no acórdão recorrido, no tocante à *introdução do conceito de doença grave, nos termos da Lei nº 7.713/88, permitindo que as despesas com seu tratamento sejam reembolsáveis para além dos valores despendidos com planos ou seguros privados de saúde (acréscimo de um inc. IV ao art. 3º e nova redação para o art. 4º, § 3º)*, mas, repita-se, dentro do percentual máximo fixado na supracitada resolução.

A pretensão formulada, em suma, visa regular a conceituação de doença grave, já prevista em lei federal, bem como de que há presunção de maiores gastos com a saúde dos membros e servidores que se enquadram nesta situação fática, já prevista em lei federal.

Com a finalidade de garantir o exercício desse legítimo direito por parte dos membros e servidores que se encontram nesta situação, é que foi apresentada a sugestão de acréscimo do inciso IV ao art. 3º e nova redação para o art. 4º, § 3º, com os seguintes argumentos.

Outrossim, e dentro da mesma premissa conceitual, em se tratando de membros ou servidores acometidos de doenças graves, é certo que a vulnerabilidade financeira decorrente do quadro de que estejam acometidos ultrapassa em muito as meras despesas do seguro ou plano de saúde de que possam dispor. Trata-se de situação peculiar e que como tal é de ser também tratada no âmbito da Resolução cuja alteração ora é proposta.

Nesse prisma, tem-se que as doenças consideradas graves já se encontram atualmente enumeradas, de forma exaustiva, no art. 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88, verbis:

(...)

Como se pode facilmente depreender, a razão de ser da isenção tributária prevista pela legislação federal reside na maior vulnerabilidade financeira dos portadores das doenças enumeradas no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, estabelecendo-se assim uma presunção absoluta de que o enfrentamento das enfermidades ali mencionadas acarreta maior dispêndio.

Com efeito, em se tratando das gravíssimas doenças ora em lume, muito além das despesas com o custeio de planos ou seguros de saúde, encontram-se os seus portadores sujeitos a pagamentos de elevado vulto, ora com medicações de uso contínuo e vitalício, ora com

cirurgias, aparelhos e próteses para a obtenção de mínima qualidade de vida, ora mesmo com a necessidade da aquisição e manutenção de aparelhagem de suporte à própria vida. Nesse espectro inclui-se, exemplificativamente, a situação de colega catarinense, portadora de ELA (esclerose lateral amiotrófica – modalidade de paralisia), doença fatal em todos os casos, mas que até o seu desenlace implica em anos de sofrimento e elevado dispêndio financeiro, não apenas para a disponibilização de medicação e equipamentos essenciais para o tratamento em si, como também para a obtenção de recursos (tais como cadeiras de rodas e respiradores móveis) que possam trazer um mínimo de qualidade de vida ao paciente.

No ponto, vale ainda destacar que em se tratando de membros e servidores que ao momento da constatação da doença grave não tenham já ingressado em plano ou seguro de saúde, a sua admissão nestes implica, em face das doenças preexistentes, quando menos, em prazos de carência estendidos que, no mais das vezes, acabam por tornar inócua a proteção pretendida.

Assim sendo, propõe-se que, exclusivamente em relação aos portadores de doenças graves, seja reconhecida a presunção de maior vulnerabilidade financeira decorrente de sua condição de saúde, permitindo-se que, mantida a observância dos limites máximos já estabelecidos na presente Resolução e observada a capacidade orçamentária e financeira de cada Ministério Público, possa o auxílio de caráter indenizatório ser estabelecido em valor fixo e dispensada a comprovação de despesas específicas.

Nesse último aspecto, afasta-se a obrigatoriedade da comprovação de despesas específicas porque, a depender da doença em questão, o maior dispêndio financeiro pode se dar regularmente, em ciclos de pequenos espaços de tempo (dias, semanas ou mês), quando as despesas delas decorrentes digam respeito, por exemplo, a medicação de uso contínuo, mas também pode acarretar a necessidade de despesas de elevado vulto em períodos de tempo irregulares (cirurgias, exames semestrais ou anuais, aquisição e montagem em domicílio de equipamentos de suporte à vida, etc). Tal irregularidade temporal tornaria de difícil operacionalização a vinculação do valor do auxílio a ser prestado – em regra, mensal - com a correspondente comprovação das despesas que, como antes referido, não raro possuem periodicidade diversa. Tal fato, aliado à presunção de vulnerabilidade já estabelecida pelo legislador tributário, permite, assim, que em face dessa mesma presunção possa o auxílio ser estabelecido em valor fixo, vinculado unicamente à comprovação de ser o beneficiário portador de doença grave nos termos da Lei nº 7.713/88.

Por fim, resta destacar que a circunstância de já haver o legislador estabelecido isenção tributária em favor dos portadores de doença grave, de modo a amainar a vulnerabilidade financeira destes, em nada impede ou torna menos recomendada seja também em sede específica da proteção à saúde estabelecido regime distinto que os contemple. Primeiro, porque se está em face de moléstias tidas como de maior gravidade, todas com elevado risco de fatalidade e, quando não ocorrente esta, com sequelas ou necessidade de tratamento sempre contínuo e de forma vitalícia, fazendo com que, como regra, os

dispêndios delas decorrentes atinjam todos os aspectos da vida cotidiana dos pacientes e não se limitem aos valores das possíveis isenções recebidas. Ademais, é preciso observar que a isenção tributária vigente se limita aos proventos de inatividade dos membros e servidores acometidos por essas moléstias, não contemplando aqueles que, não obstante o convívio com tais doenças, optam por permanecerem na ativa e que, por evidente, demandam maior proteção e amparo a fim de que tenham a tranquilidade necessária para continuarem a prestar seus relevantes serviços à instituição do Ministério Público.

Nesta cena, este egrégio Conselho Nacional do Ministério, com lastro no voto condutor de Vossa Excelência, fundamenta a rejeição da sugestão em forma de proposição, salvo melhor juízo, **com omissão acerca do fato em especial**, o que se busca reparar através da apresentação dos presentes embargos, *in exthensis*:

O voto do Relator daquela Proposição, o então Conselheiro Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho, deixou claro que “*o que se traz não é uma verba indenizatória que será paga de forma mensal independentemente de qualquer dispêndio – que poderia caracterizar um acréscimo remuneratório disfarçado -, mas, isto sim, um ressarcimento pelos valores comprovadamente desembolsados com planos de saúde privados*” (p. 5 do voto). **Por essas razões, inviável a sugestão formulada no sentido de se viabilizar o pagamento do auxílio sem comprovação de gastos.**

Verifica-se da decisão que a fundamentação vem na linha de que a verba **não será paga de forma mensal independentemente de qualquer dispêndio, sem qualquer comprovação de gasto, mas seu adimplemento será feito se e quando ocorrente essas despesas extraordinárias decorrentes dos gastos no tratamento de doença grave.**

Destarte, denota-se a existência de **omissão no acórdão recorrido**, pois a pretensão é de restabelecer a situação diferenciada do membro ou servidor portador de doença grave e da presunção de gastos a maior, mormente com o reconhecimento de tal situação pela Legislação Federal. O acórdão recorrido, simplesmente faz a análise de forma genérica acerca do fato, como se tal benefício legal devesse ser pago indistintamente a todos os membros e servidores do Ministério Público brasileiro.

A omissão apresentada no acórdão recorrido gera, pois, um tratamento igualitário à situação fática distinta, qual seja, o membro portador de doença grave está em situação discrepante aos demais membros e servidores, o que enseja e está a exigir, conforme ora se busca, nova análise por este órgão julgador.

PELO EXPOSTO, requesta-se o conhecimento e o provimento destes embargos de declaração, para que, sanadas as omissões e aclaradas as contradições elencadas, sejam acolhidas as sugestões de alteração do artigo 3º, inc. I, artigo 4º, inc. IV e seu § 2º, com a atribuição das redações abaixo enumeradas:

Art. 3º ...

I – assistência à saúde suplementar: assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica:

a) prestada diretamente pelo órgão ou pela entidade a que estiver vinculado o membro ou o servidor do Ministério Público brasileiro, mediante convênio ou contrato;

b) ou, na forma de auxílio, mediante reembolso total ou parcial do valor despendido pelo membro ou pelo servidor com planos ou seguros privados de assistência à saúde ou odontológica, bem como despesas com assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica contratadas diretamente com os profissionais e unidades de saúde;

c) e, no caso de membro ou servidor portador de doença grave, mediante o pagamento de valor determinado;

IV – doença grave: qualquer das moléstias exaustivamente enumeradas no art. 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88

Art. 4º ...

IV – auxílio de caráter indenizatório.

§ 2º Não será obrigatória a instituição do auxílio previsto no inciso IV quando for adotada alguma das outras modalidades previstas no caput.

§ 3º O auxílio previsto no inciso IV não poderá exceder o valor despendido pelo membro ou pelo servidor com planos ou



Associação Nacional dos Membros do Ministério Público

seguros privados de assistência à saúde, bem como com despesas dessa natureza diretamente contratadas aos profissionais e unidades de saúde, exceto em se tratando de portador de doença grave, caso em que poderá o auxílio ser estabelecido em valor determinado, o qual independará de comprovação de despesa específica, observados os limites estabelecidos nos §§ 2º, 3º e 4º do art. 5º desta Resolução.

Brasília, 26 de setembro de 2022.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and flourishes, positioned above the printed name.

MANOEL VICTOR SERENI MURRIETA
PRESIDENTE DA CONAMP