

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.545.603 - SP (2019/0217107-7)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
AGRAVANTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
AGRAVADO : RAFAEL GONCALVES DE MELO
ADVOGADO : CLODOALDO VIEIRA DE MELO - SP152190
INTERES. : UNIMED PAULISTANA SOC COOPERATIVA DE TRABALHO
MEDICO - EM LIQUIDACAO EXTRAJUDICIAL
REPR. POR : FABIANO FABRI BAYARRI - LIQUIDANTE
ADVOGADOS : JOSE EDUARDO VICTORIA - SP103160
RENATA DE LARA RIBEIRO BUCCI - SP224034
THIAGO HENRIQUE PASCOAL - SP257535
MARELIZA JORGE LUNA - SP304422
ELIS FERNANDA VELASCO BENTO - SP380875

EMENTA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PORTABILIDADE. ALTERAÇÃO DA REDE CREDENCIADA. INEXISTÊNCIA DE ESTABELECIMENTO HOSPITALAR EQUIVALENTE. MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO EM REDE CREDENCIADA À UNIDADE INTEGRANTE DO SISTEMA UNIMED. SOLIDARIEDADE EXISTENTE. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

DECISÃO

Cuida-se de agravo interposto pela CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL contra decisão que inadmitiu recurso especial (e-STJ, fls. 534-535) proposto para impugnar acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado (e-STJ, fl. 477):

PLANO DE SAÚDE PORTABILIDADE EXTRAORDINÁRIA - BENEFICIÁRIO DA EXTINTA UNIMED PAULISTANA PORTADOR DE PATOLOGIAS GRAVES E EM TRATAMENTO NA AACD INSTITUIÇÃO NÃO REFERENCIADA À OPERADORA DE DESTINO DESPESAS COBERTAS ATÉ ALTA MÉDICA DEFINITIVA - INCIDÊNCIA DO ARTIGO 17, PARÁGRAFO 2º DA LEI FEDERAL Nº 9.656/98 ATO ILÍCITO NÃO CARACTERIZADO DÚVIDA INTERPRETATIVA OBJETIVA JURISPRUDÊNCIA NÃO CONSOLIDADA ACERCA DO TEMA SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA MANTIDA RECURSO DE AMBAS AS PARTES NÃO PROVIDO.

Nas razões do recurso especial, a recorrente alegou, com base na alínea a do permissivo constitucional, violação aos arts. 17, § 2º e 24, § 5º, da Lei 9.656/1998 e 265 do CC/2002.

Sustentou que, realizada portabilidade extraordinária da carteira de usuários

Superior Tribunal de Justiça

de operadora de plano de saúde, não faz jus o beneficiário à manutenção das mesmas condições e preços anteriormente acordados.

Defendeu que, nesses casos, apenas a carência está protegida pela inserção do usuário em novo plano de saúde.

Afirmou que, caso haja a alteração da rede credenciada, os tratamentos de saúde já iniciados podem ser mantidos em outras instituições atreladas à nova operadora.

Asseverou inexistir solidariedade entre as diversas UNIMED's, situação que só pode ser deduzida caso haja previsão no contrato ou na lei.

Apreciada a admissibilidade do recurso especial, o Tribunal de origem negou seguimento à insurgência (e-STJ, fls. 534-535).

Diante de tal fato, foi interposto o presente agravo em recurso especial (e-STJ, fls. 538-556).

Brevemente relatado, decido.

De início, é importante ressaltar que o presente recurso foi interposto contra decisão publicada já na vigência do Novo Código de Processo Civil, sendo, desse modo, aplicável ao caso o Enunciado Administrativo n. 3 do Plenário do STJ, segundo o qual: "aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC".

Nas razões do agravo, a agravante alega ter cumprido com todas as exigências legais para conhecimento e processamento do recurso especial.

Constatados os pressupostos de admissibilidade do agravo, passo à análise do recurso especial.

No apelo excepcional, a recorrente defendeu a inexistência do direito do recorrido continuar realizando o tratamento em estabelecimento hospitalar não credenciado com operadora participante da portabilidade extraordinária.

O Tribunal local, ao se manifestar sobre o tema, expôs os seguintes argumentos (e-STJ, fls. 479-480):

Com efeito, a solidariedade entre as operadoras de saúde que integram o sistema Unimed no que concerne aos usuários da extinta operadora paulista foi consolidada na decisão proferida na ação civil

pública nº 1092947.28.2015.8.26.0100.

A portabilidade extraordinária foi regulada pela ANS por meio das Resoluções Operacionais nº 1.909/15 e 1.950/15, a fim de evitar a solução de continuidade dos serviços em prol dos beneficiários da Unimed Paulistana, que não terão de se submeter a novos prazos de carência.

É certo que não há a obrigatoriedade de manutenção das mesmas condições de cobertura assistencial, nem tampouco preço. As operadoras de destino detêm certa liberdade na oferta de seus produtos. Essa liberdade não é, porém, ampla e irrestrita, devendo-se observar o conjunto normativo e os princípios que norteiam a relação jurídica estabelecida entre as partes, principalmente quando se trata de alienação compulsória da carteira e não mera migração para outra operadora por opção do beneficiário.

Na hipótese dos autos, restou comprovado que o autor é portador de doença grave e que apenas a AACD reúne condições de tratar todas as suas enfermidades de forma satisfatória.

Outrossim, é incontroverso que o tratamento estava em curso quando da oferta da portabilidade.

Sendo assim, ao impor que a corré Central Unimed cubra as despesas do autor junto à AACD até a alta médica definitiva, o magistrado apenas cumpriu o quanto disposto no artigo 17, parágrafo 2º da Lei Federal nº 9.656/98, o qual obsta a substituição do estabelecimento hospitalar no curso do tratamento médico.

Em outros termos, não foi imposto à corré que garanta ao autor idêntica cobertura e rede referenciada, mas tão somente custeie o tratamento que já estava em curso perante à AACD.

Do excerto acima transcrito, depreende-se que o Tribunal *a quo* entendeu que, não obstante a portabilidade desobrigue as operadoras de planos de saúde a manter as mesmas condições da rede credenciada anteriormente ofertada ao beneficiário, a recorrente deveria arcar com as despesas do recorrido, tendo em vista a solidariedade existente entre as cooperativas integrantes do Sistema UNIMED, bem como a ausência de outra rede hospitalar equivalente para a continuidade do tratamento médico já iniciado.

Nos termos da jurisprudência vigente no Superior Tribunal de Justiça, é possível às seguradoras de planos de saúde a alteração da rede credenciada, desde que ofereça ao consumidor/segurado opções de estabelecimentos médicos/hospitais equivalentes.

Nesse sentido:

SAÚDE SUPLEMENTAR. PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE

HOSPITAL. REQUISITOS. DEVER DE INFORMAÇÃO. ATO ILÍCITO. CONFIGURADO. DANO MORAL. TRATAMENTO FREQUENTE DE HEMODIÁLISE. MAPA AFETIVO. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO FÍSICA E PSICOLÓGICA DO PACIENTE. ARBITRAMENTO. JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA. MODIFICAÇÃO DA SUCUMBÊNCIA.

1. Ação ajuizada em 28/07/14. Recurso especial interposto em 26/08/15 e atribuído ao gabinete em 25/08/16. Julgamento: CPC/73.

2. O propósito recursal consiste em definir se há dano moral compensável em razão da ausência de comunicação prévia ao consumidor acerca do descadastramento do hospital em que realizava tratamento contínuo por hemodiálise.

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

4. A substituição de entidade hospitalar da rede credenciada de plano de saúde deve observar: i) a notificação dos consumidores com antecedência mínima de trinta dias; ii) a contratação de novo prestador de serviço de saúde equivalente ao descredenciado; e, iii) a comunicação à Agência Nacional de Saúde (art. 17, §1º, da Lei 9.656/98).

5. O descumprimento contratual em regra não produz dano moral compensável. Entretanto, mais do que o tratamento de uma doença passível de ser realizado em qualquer clínica ou hospital estruturado, é natural que o paciente, com acompanhamento médico-hospitalar e de hemodiálise frequente, construa relações de afeto e sensibilidade em relação aos profissionais que lhe prestam, direta ou indiretamente, serviços de atenção à saúde.

6. Na hipótese, a atitude da UNIMED em se furtar aos seus compromissos contratuais produziu no recorrente a desestrutura emocional e humana, pois tocou em ponto essencial ao restabelecimento de sua saúde, em prejuízo de uma transição saudável para outro hospital equivalente.

7. Recurso especial conhecido e provido para fixar R\$ 10.000,00 a título de compensação por danos morais.

(REsp 1662344/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/03/2018, DJe 23/03/2018)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO CPC/73. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DESCREDCENCIAMENTO DE ENTIDADE CONVENIADA. PRÉVIA NOTIFICAÇÃO AOS CONSUMIDORES E À ANS. ART. 17, § 1º, DA LEI Nº 9.656/98. NECESSIDADE. IMPOSSIBILIDADE DE EXCLUSÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 83 DO STJ. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO.

1. Inaplicabilidade do NCPC a este julgamento ante os termos do Enunciado Administrativo nº 2 aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/1973 (relativos a decisões publicadas até 17 de março de 2016) devem ser exigidos os requisitos de admissibilidade na forma nele prevista, com as interpretações dadas até então pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça.

2. Esta Corte possui entendimento de que, para que a operadora de

Superior Tribunal de Justiça

plano de saúde faça o descredenciamento de entidade de saúde (em sentido amplo), é necessário que proceda à substituição da entidade excluída por outra com equivalente condições de atendimento, além do envio de comunicação aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde com antecedência mínima de 30 dias, conforme determina o artigo 17, §§ 1º e 2º, da Lei n.º 9.656/98.

3. Acórdão estadual que decidiu em conformidade com a jurisprudência desta Corte. Incidência da Súmula nº 83 do STJ.

4. Agravo regimental improvido.

(AgRg no AREsp 631.512/PR, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/09/2016, DJe 29/09/2016)

In casu, conforme acima exposto no trecho do acórdão impugnado, o tratamento médico já iniciado pelo recorrido não poderia ser continuado em outro estabelecimento médico hospitalar, pois inexistente unidade médica equivalente à AACD.

Ademais, em relação à existência de solidariedade entre as unidades médicas integrantes do sistema UNIMED, este Tribunal Superior firmou orientação jurisprudencial no sentido de que o Complexo Unimed do Brasil e as cooperativas dele integrantes —, constituindo um sistema independente entre si e que se comunica por regime de intercâmbio, permitindo o atendimento de conveniados de uma unidade específica em outras localidades — apesar de se tratarem de entes autônomos, estão interligados e se apresentam ao consumidor como uma única marca de abrangência nacional, existindo, desse modo, solidariedade entre as integrantes.

Confirmam-se:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. LEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIMED. APLICAÇÃO DA TEORIA DA APARÊNCIA. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 7 E 83 DO STJ.

1. A jurisprudência desta Corte Superior é assente em reconhecer a legitimidade das unidades cooperativas ligadas à UNIMED, por aplicação da teoria da aparência, o que atrai a incidência da Súmula 83 do STJ.

2. Agravo interno a que se nega provimento.

(Aglnt nos EDcl no Aglnt no AREsp 833.153/MS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 06/11/2018, DJe 13/11/2018)

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. SISTEMA UNIMED. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. USUÁRIO EM INTERCÂMBIO. UNIMED EXECUTORA. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. UNIMED DE ORIGEM. COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO. REDE INTERLIGADA. MARCA ÚNICA. ABRANGÊNCIA NACIONAL. TEORIA DA APARÊNCIA. CADEIA DE FORNECEDORES. CDC. INCIDÊNCIA.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a cooperativa de trabalho médico que atendeu, por meio do sistema de intercâmbio, usuário de plano de saúde de cooperativa de outra localidade possui legitimidade passiva ad causam na hipótese de negativa indevida de cobertura.

2. Apesar de os planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos pela Lei nº 9.656/1998, as operadoras da área que prestarem serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo, devendo ser aplicadas também, nesses tipos contratuais, as regras do Código de Defesa do Consumidor (art. 35-G da Lei nº 9.656/1998 e Súmula nº 469/STJ). 3. O Complexo Unimed do Brasil é constituído sob um sistema de cooperativas de saúde, independentes entre si e que se comunicam através de um regime de intercâmbio, o que possibilita o atendimento de usuários de um plano de saúde de dada unidade em outras localidades, ficando a Unimed de origem responsável pelo ressarcimento dos serviços prestados pela Unimed executora. Cada ente é autônomo, mas todos são interligados e se apresentam ao consumidor sob a mesma marca, com abrangência em todo território nacional, o que constitui um fator de atração de novos usuários. 4.

Há responsabilidade solidária entre as cooperativas de trabalho médico que integram a mesma rede de intercâmbio, ainda que possuam personalidades jurídicas e bases geográficas distintas, sobretudo para aquelas que compuseram a cadeia de fornecimento de serviços que foram mal prestados (teoria da aparência). Precedente da Quarta Turma.

5. É transmitido ao consumidor a imagem de que o Sistema Unimed garante o atendimento à saúde em todo o território nacional, haja vista a integração existente entre as cooperativas de trabalho médico, a gerar forte confusão no momento da utilização do plano de saúde, não podendo ser exigido dele que conheça pormenorizadamente a organização interna de tal complexo e de suas unidades.

6. Tanto a Unimed de origem quanto a Unimed executora possuem legitimidade passiva ad causam na demanda oriunda de recusa injustificada de cobertura de plano de saúde.

7. Recurso especial não provido.

(REsp 1665698/CE, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 23/05/2017, DJe 31/05/2017)

Logo, mostra-se correta a determinação do Tribunal local em impor à recorrente a obrigação de arcar com os custos do tratamento médico do recorrido.

Dessa forma, estando o posicionamento adotado pelo Tribunal estadual em sintonia com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, incide a Súmula 83/STJ.

Superior Tribunal de Justiça

Ante o exposto, conheço do agravo para negar provimento ao recurso especial.

Publique-se.

Brasília (DF), 29 de outubro de 2019.

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator

