RECURSO ESPECIAL Nº 1.561.445 - SP (2015/0210605-9)

RELATOR	:	MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE	:	UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS	:	GUSTAVO MOSSO PEREIRA E OUTRO(S) - SP214325
		MARCELO ALEXANDRE CELESTINO PEREIRA - SP188765
		TIAGO FELIX PRADO - SP263539
RECORRIDO	:	OSNI JOSE DE SOUZA
ADVOGADOS	:	ANTONIO NATRIELLI NETO - SP155065
		FERNANDO VICTÓRIA - SP192202
		JULIANO GIBERTONI E OUTRO(S) - SP184735

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA. COMUNICAÇÃO PRÉVIA AO CONSUMIDOR. AUSÊNCIA. VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. PREJUÍZO AO USUÁRIO. SUSPENSÃO DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Cinge-se a controvérsia a saber se a obrigação das operadoras de plano de saúde de comunicar aos seus beneficiários o descredenciamento de entidades hospitalares também envolve as clínicas médicas, ainda que a iniciativa pela rescisão do contrato tenha partido da própria clínica.

3. Os planos e seguros privados de assistência à saúde são regidos pela Lei nº 9.656/1998. Não obstante isso, incidem as regras do Código de Defesa do Consumidor (Súmula nº 608), pois as operadoras da área que prestam serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo.

4. Os instrumentos normativos (CDC e Lei nº 9.656/1998)incidem conjuntamente, sobretudo porque esses contratos, de longa duração, lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida. São essenciais, assim, tanto na formação quanto na execução da avença, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade (arts. 6º, III, e 46 do CDC).

5. O legislador, atento às inter-relações que existem entre as fontes do direito, incluiu, dentre os dispositivos da Lei de Planos de Saúde, norma específica acerca do dever da operadora de informar o consumidor quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares (art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998).

6. O termo *entidade hospitalar* inscrito no art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, à luz dos princípios consumeristas, deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados. O usuário de plano de saúde tem o direito de ser informado acerca da modificação da rede conveniada (rol de credenciados), pois somente com a transparência poderá buscar o atendimento e o tratamento que melhor lhe satisfaz, segundo as possibilidades oferecidas. Precedente.

7. É facultada à operadora de plano de saúde substituir qualquer entidade hospitalar cujos serviços e produtos foram contratados, referenciados ou credenciados desde que o faça por outro equivalente e comunique, com 30 (trinta) dias de antecedência, aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ainda que o descredenciamento tenha partido da clínica médica (art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998).

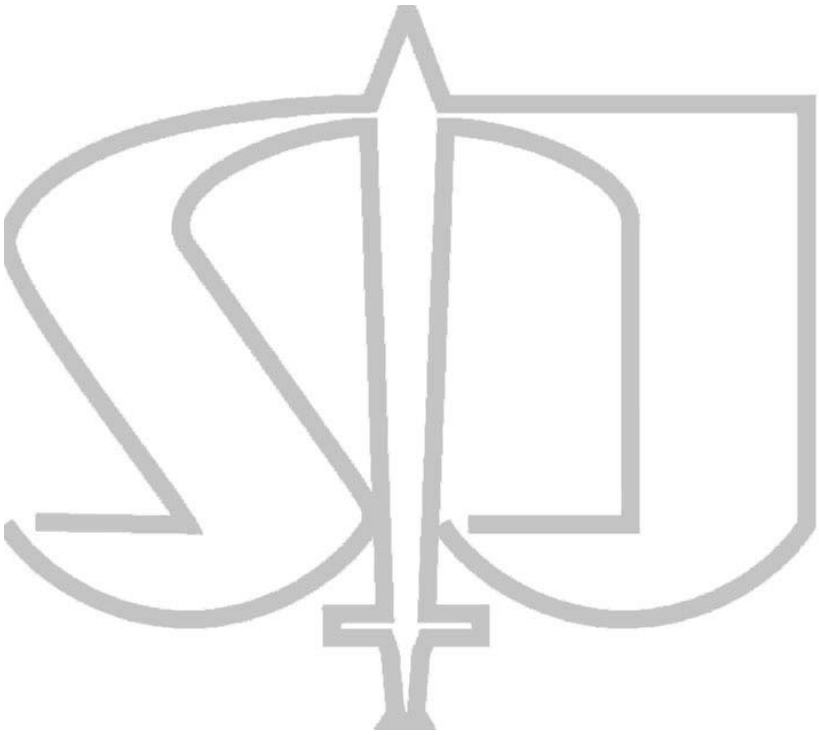
8. Recurso especial não provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Terceira Turma, por unanimidade, negar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro (Presidente), Nancy Andrighi e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 13 de agosto de 2019(Data do Julgamento)

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator



RECURSO ESPECIAL Nº 1.561.445 - SP (2015/0210605-9)

RELATOR	:	MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE	:	UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS	:	GUSTAVO MOSSO PEREIRA E OUTRO(S) - SP214325 MARCELO ALEXANDRE CELESTINO PEREIRA - SP188765 TIAGO FELIX PRADO - SP263539
RECORRIDO	:	OSNI JOSE DE SOUZA
ADVOGADOS	:	ANTONIO NATRIELLI NETO - SP155065 FERNANDO VICTÓRIA - SP192202 JULIANO GIBERTONI E OUTRO(S) - SP184735

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com fundamento no art. 105, inc. III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Noticiam os autos que OSNI JOSÉ DE SOUZA ajuizou ação de obrigação de fazer com pedido de tutela antecipada cumulada com ação declaratória contra a recorrente para que fosse determinado o custeio e a autorização para o tratamento quimioterápico do demandante, nos termos em que proposto pelo médico de sua confiança, o qual já acompanhava o seu tratamento, inclusive mediante procedimento cirúrgico, e que prestava serviços na clínica OCC - Oncologia Clínica de Campinas Sociedade Empresária Ltda., descredenciada da operadora no curso do tratamento.

Em primeiro grau, o pedido foi julgado procedente, confirmando-se os efeitos da tutela antecipatória, para determinar a autorização do tratamento oncológico do autor na clínica por ele indicada (fls. 341-345 e-STJ).

Irresignada, a operadora do plano de saúde interpôs recurso de apelação, ao qual foi negado provimento pela Corte local, por maioria, em acórdão assim ementado:

> *"PLANO DE SAÚDE - OBRIGAÇÃO DE FAZER - TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM CLÍNICA DESCREDENCIADA - Havendo expressa indicação médica, indevida a negativa de cobertura de custeio de tratamento considerado experimental - Possível a substituição de entidade conveniada ao plano, desde que preenchidos os requisitos descritos no artigo 17 da Lei número 9.656/98 - Requerida não comprovou o envio das notificações (ao Autor e à ANS) acerca da substituição da clínica credenciada - SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA, para condenar a Requerida a autorizar o tratamento oncológico do Autor na 'OCC' (Oncologia Clínica de Campinas Sociedade Empresária Ltda. - Clínica Cenni) - RECURSO DA REQUERIDA IMPROVIDO."* (fl. 522 e-STJ).

No recurso especial, a recorrente aponta violação do art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998.

Aduz, em síntese, que o referido dispositivo legal não deve ser aplicado quando é a rede credenciada que solicita a rescisão contratual e, por conseguinte, o seu descredenciamento junto à operadora.

Ressalta que, no caso em apreço, *"(...) foram as clínicas, conjuntamente, que rescindiram o contrato com a UNIMED CAMPINAS porque discordavam sobre a tabela de remuneração de medicamentos"* (fl. 537 e-STJ).

Sustenta também que *"o que ocorreu (...) não foi nem uma substituição e muito menos por vontade da operadora, da qual tratam os parágrafos do art. 17 da Lei 9.656/98, motivo pelo qual não haveria necessidade de a requerida notificar nem os seus usuários muito menos a ANS (...)"* (fl. 538 e-STJ).

Por fim, assevera que a clínica em questão não é uma entidade hospitalar, o que justificaria a notificação da rescisão contratual, com antecedência de 30 (trinta) dias), aos consumidores e à ANS, mas uma clínica médica (fls. 538-539 e-STJ).

Busca, assim, o provimento do recurso para que seja afastada a condenação que lhe foi imposta, pois *"(...) não negou tratamento ao recorrido, bem como não tinha obrigação de cumprir os requisitos do § 1º do art. 17 da Lei 9656/98, na medida em que não substituiu, por sua vontade, as antigas clínicas de quimioterapia pelo CQA que sempre puderam prestar atendimento simultaneamente"* (fls. 539-540 e-STJ).

Com a apresentação de contrarrazões (fls. 548-563 e-STJ), o recurso foi inadmitido na origem (fls. 565-566 e-STJ), mas foi determinada a sua reautuação nesta Corte por força do provimento de agravo em recurso especial (fls. 613-614 e-STJ).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.561.445 - SP (2015/0210605-9)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA. COMUNICAÇÃO PRÉVIA AO CONSUMIDOR. AUSÊNCIA. VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. PREJUÍZO AO USUÁRIO. SUSPENSÃO DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Cinge-se a controvérsia a saber se a obrigação das operadoras de plano de saúde de comunicar aos seus beneficiários o descredenciamento de entidades hospitalares também envolve as clínicas médicas, ainda que a iniciativa pela rescisão do contrato tenha partido da própria clínica.

3. Os planos e seguros privados de assistência à saúde são regidos pela Lei nº 9.656/1998. Não obstante isso, incidem as regras do Código de Defesa do Consumidor (Súmula nº 608), pois as operadoras da área que prestam serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo.

4. Os instrumentos normativos (CDC e Lei nº 9.656/1998)incidem conjuntamente, sobretudo porque esses contratos, de longa duração, lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida. São essenciais, assim, tanto na formação quanto na execução da avença, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade (arts. 6º, III, e 46 do CDC).

5. O legislador, atento às inter-relações que existem entre as fontes do direito, incluiu, dentre os dispositivos da Lei de Planos de Saúde, norma específica acerca do dever da operadora de informar o consumidor quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares (art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998).

6. O termo *entidade hospitalar* inscrito no art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, à luz dos princípios consumeristas, deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados. O usuário de plano de saúde tem o direito de ser informado acerca da modificação da rede conveniada (rol de credenciados), pois somente com a transparência poderá buscar o atendimento e o tratamento que melhor lhe satisfaz, segundo as possibilidades oferecidas. Precedente.

7. É facultada à operadora de plano de saúde substituir qualquer entidade hospitalar cujos serviços e produtos foram contratados, referenciados ou credenciados desde que o faça por outro equivalente e comunique, com 30 (trinta) dias de antecedência, aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ainda que o descredenciamento tenha partido da clínica médica (art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998).

8. Recurso especial não provido.

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

O acórdão impugnado pelo recurso especial foi publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

A irresignação não merece prosperar.

Cinge-se a controvérsia a saber se a obrigação das operadoras de plano de saúde de comunicar aos seus beneficiários o descredenciamento de entidades hospitalares também envolve as clínicas médicas, ainda que a iniciativa pela rescisão do contrato tenha partido da própria clínica.

1. Do dever de informação e do descredenciamento de clínicas médicas nos planos de saúde

De início, impende asseverar que, 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 (CDC). Com efeito, ambos os instrumentos normativos incidem conjuntamente, sobretudo porque esses contratos, de longa duração, lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida, ou seja, visam ajudar o usuário a suportar riscos futuros envolvendo a sua higidez física e mental, assegurando o devido tratamento médico.

Logo, são essenciais, tanto na formação quanto na execução da avença, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade (arts. 6º, III, e 46 do CDC).

Sobre o tema, Cláudia Lima Marques assim leciona:

> *"(...)*
> *(...) os contratos de planos e seguro-saúde são contratos cativos de longa duração, a envolver por muitos anos um fornecedor e um consumidor, com uma finalidade em comum, que é assegurar para o consumidor o tratamento e ajudá-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a sua saúde, de sua família, dependentes ou beneficiários. Aqui deve haver diálogo, e aplicação conjunta e iluminada pela Constituição, entre o CDC e a Lei 9.656/98. A jurisprudência brasileira é pacífica ao considerar tais contratos, tanto os de assistência hospitalar direta como os de seguro e planos de saúde, ou de assistência médica pré-paga, como submetidos diretamente (e não subsidiariamente) às normas do CDC".* (MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais, 5ª ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, pág. 485)

Desse modo, o legislador, atento às inter-relações que existem entre as fontes do direito, incluiu, dentre os dispositivos da Lei de Planos de Saúde, norma específica acerca do dever da operadora de informar ao consumidor quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares, como se extrai do art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, assim redigido:

> *"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.*
>
> *§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o* caput *deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor."* (grifou-se)

Depreende-se, assim, que é facultada à operadora de plano de saúde substituir qualquer entidade hospitalar cujos serviços e produtos foram contratados, referenciados ou credenciados desde que o faça por outro equivalente e comunique, com 30 (trinta) dias de antecedência, aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Todavia, cumpre ressaltar que a despeito de no dispositivo legal supratranscrito constar apenas *entidade hospitalar*, esse termo, à luz dos princípios consumeristas, deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados. De fato, o usuário de plano de saúde tem o direito de ser informado acerca da modificação da rede conveniada, ou seja, do rol de credenciados, pois somente com a transparência poderá buscar o atendimento e o tratamento que melhor lhe satisfaz, segundo as possibilidades oferecidas.

A propósito, eis o ensinamento de Luiz Antonio Rizzatto Nunes:

> *"(...)*
>
> *Um dos problemas recorrentes dos consumidores tem sido o descredenciamento de estabelecimentos de saúde, médicos e demais prestadores de serviços ligados às operadoras.*
>
> *A questão é bastante grave e relevante, porque o consumidor, ao escolher e ingressar num plano de saúde, avalia os serviços conveniados e credenciados e deles se utiliza, utilização essa que o acaba vinculando. Primeiro, nos casos em que, por motivo de doença que exija acompanhamento, o atendimento passe a ser constante. Depois, porque, ainda que de forma eventual, o consumidor pode querer retornar ao mesmo médico, hospital etc. que já o recebeu antes, tem seu histórico e pode fazer seu acompanhamento pessoal. Em termos de saúde isso é importante.*
>
> *Some-se a isso o fato de que a escolha pelo atendimento de médicos e hospitais em locais próximos à residência e/ou local de trabalho é fundamental em casos de emergência ou urgência.*
>
> *Por isso cuidou bem o legislador em proibir a mudança da rede conveniada/credenciada de hospitais, clínicas, médicos, laboratórios e demais serviços oferecidos. Aliás, diga-se que esse é o sentido de 'entidade hospitalar' do texto da norma. Trata-se de gênero cujas espécies são hospitais propriamente ditos, clínicas, laboratórios, médicos e demais*

serviços correlatos.

Lembre-se que a redação do original do caput *do art. 17 era mais precisa nesse sentido. Dizia 'qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratórios ou entidades correlatas ou assemelhadas de assistência à saúde'.*

Com a nova redação, o télos da norma não muda. Houve apenas um 'enxugamento' na redação. A lei passou a utilizar o termo genérico 'entidade hospitalar', mas apresentou-o precedido da palavra qualquer, o que implica a mantença do sentido expresso da redação original.

É verdade que no § 1º a lei acabou deixando uma brecha para que as operadoras possam fazer substituições. Todavia, como esse parágrafo deve sua especificidade ao caput*, é preciso entendê-lo de maneira a não impedir o resultado querido pela norma.*

O § 1º faculta a substituição do prestador de serviço contratado ou credenciado desde que:

a) a substituição se faça por outro equivalente;

b) seja comunicada a ANS com trinta dias de antecedência;

c) sejam comunicados os consumidores, também, com trinta dias de antecedência." (NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. Comentários à Lei de Plano Privado de Assistência à Saúde, 2ª ed., São Paulo: Saraiva, 2000, págs. 67-68 - grifou-se)

A respeito do dever de prestar informação adequada ao consumidor nos contratos de plano de saúde, mormente no que tange à modificação da rede conveniada, vale conferir os seguintes precedentes da Terceira Turma:

"CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. REDE CONVENIADA. ALTERAÇÃO. DEVER DE INFORMAÇÃO ADEQUADA. COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL DE CADA ASSOCIADO. NECESSIDADE.

1. Os arts. 6º, III, e 46 do CDC instituem o dever de informação e consagram o princípio da transparência, que alcança o negócio em sua essência, na medida em que a informação repassada ao consumidor integra o próprio conteúdo do contrato. Trata-se de dever intrínseco ao negócio e que deve estar presente não apenas na formação do contrato, mas também durante toda a sua execução.

2. O direito à informação visa a assegurar ao consumidor uma escolha consciente, permitindo que suas expectativas em relação ao produto ou serviço sejam de fato atingidas, manifestando o que vem sendo denominado de consentimento informado ou vontade qualificada. Diante disso, o comando do art. 6º, III, do CDC, somente estará sendo efetivamente cumprido quando a informação for prestada ao consumidor de forma adequada, assim entendida como aquela que se apresenta simultaneamente completa, gratuita e útil, vedada, neste último caso, a diluição da comunicação efetivamente relevante pelo uso de informações soltas, redundantes ou destituídas de qualquer serventia para o consumidor.

3. A rede conveniada constitui informação primordial na relação do associado frente à operadora do plano de saúde, mostrando-se determinante na decisão quanto à contratação e futura manutenção do vínculo contratual.

4. Tendo em vista a importância que a rede conveniada assume para a continuidade do contrato, a operadora somente cumprirá o dever de informação se comunicar individualmente cada associado sobre o descredenciamento de médicos e hospitais.

5. Recurso especial provido" (REsp nº 1.144.840/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 11/4/2012 - grifou-se).

"RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. RESPONSABILIDADE CIVIL. DESCREDENCIAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA. COMUNICAÇÃO PRÉVIA AO CONSUMIDOR. AUSÊNCIA. VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. PREJUÍZO AO USUÁRIO. SUSPENSÃO REPENTINA DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. SITUAÇÃO TRAUMÁTICA E AFLITIVA. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO.
1. Ação ordinária que busca a condenação da operadora de plano de saúde por danos morais, visto que deixou de comunicar previamente a consumidora acerca do descredenciamento da clínica médica de oncologia onde recebia tratamento, o que ocasionou a suspensão repentina da quimioterapia.
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 prestam 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 (CDC). Ambos instrumentos normativos incidem conjuntamente, sobretudo porque esses contratos, de longa duração, lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida. São essenciais, portanto, tanto na formação quanto na execução da avença, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade (arts. 6º, III, e 46 do CDC).
3. O legislador, atento às inter-relações que existem entre as fontes do direito, incluiu, dentre os dispositivos da Lei de Planos de Saúde, norma específica sobre o dever da operadora de informar o consumidor quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares (art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998).
4. É facultada à operadora de plano de saúde substituir qualquer entidade hospitalar cujos serviços e produtos foram contratados, referenciados ou credenciados desde que o faça por outro equivalente e comunique, com trinta dias de antecedência, os consumidores e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
5. O termo 'entidade hospitalar' inscrito no art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, à luz dos princípios consumeristas, deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados. De fato, o usuário de plano de saúde tem o direito de ser informado acerca da modificação da rede conveniada (rol de credenciados), pois somente com a transparência poderá buscar o atendimento e o tratamento que melhor lhe satisfaz, segundo as possibilidades oferecidas.
6. O descumprimento do dever de informação (descredenciamento da clínica médica de oncologia sem prévia comunicação) somado à situação traumática e aflitiva suportada pelo consumidor (interrupção repentina do tratamento quimioterápico com reflexos no estado de saúde), capaz de comprometer a sua integridade psíquica, ultrapassa o mero dissabor, sendo evidente o dano moral, que deverá ser compensado pela operadora de plano de saúde.
7. Recurso especial não provido."
(REsp 1.349.385/PR, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/12/2014, DJe 2/2/2015 - grifou-se).

Desse modo, subsiste o dever de comunicar aos consumidores e à ANS acerca

do descredenciamento de clínica médica, pois esta é espécie do gênero entidade hospitalar.

2. Da responsabilidade solidária dos integrantes da cadeia de fornecimento do serviço também pelo atendimento ao dever de informação

Outro aspecto a se examinar é se a operadora, como alegado nas razões recursais, estaria desobrigada do dever de comunicação a que se refere o § 1º do art. 17 da Lei nº 9.656/1998 nas hipóteses em que o descredenciamento tenha se dado por iniciativa da própria clínica médica.

Reconhecida a incidência do Código de Defesa do Consumidor - CDC nos contratos de plano de saúde, matéria inclusive sumulada nesta Corte Superior (Súmula nº 608), também deve ser aplicada a regra da responsabilidade solidária de todos os fornecedores que se beneficiem da cadeia de fornecimento, nos termos dos arts. 3º, 7º, parágrafo único, 14 e 34 do CDC.

Em caso análogo ao presente (numa espécie de descredenciamento unilateral, um hospital conveniado suspendeu o atendimento dos pacientes da operadora de plano de saúde ré como forma de pressão para adimplemento de outras dívidas), entendeu a Terceira Turma pela responsabilidade solidária:

> *"DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO. NÃO OCORRÊNCIA. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚMULA 211/STJ. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. PRESTADORES DE SERVIÇO. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO. INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA CONFIGURADA.*
> *1. Ação ajuizada em 19/11/2014. Recursos especiais interpostos em 14/10/2015 e 25/08/2015. Autos distribuídos ao gabinete em 24/03/2017. Julgamento: CPC/73.*
> *2. Ação de obrigação de fazer que busca a garantia de continuidade de tratamento de quimioterapia em hospital descredenciado pelo plano de saúde.*
> *3. O propósito dos recursos especiais interpostos é definir o alcance da responsabilidade do hospital e da operadora de plano de saúde pela negativa e embaraço do atendimento médico do consumidor.*
> *4. Ausentes os vícios do art. 535, II do CPC/73, rejeitam-se os embargos de declaração.*
> *5. A ausência de decisão acerca dos argumentos invocados pela recorrente e do dispositivo legal indicado como violado, não obstante a interposição de embargos de declaração, impede o conhecimento do recurso especial.*
> *6. A existência de fundamento do acórdão recorrido não impugnado - quando suficiente para a manutenção de suas conclusões - impede a apreciação do*

recurso especial.
7. O CDC estabelece a responsabilidade solidária daqueles que participam da introdução do serviço no mercado por eventuais prejuízos causados ao consumidor (art. 7º, parágrafo único e art. 14).
8. Os princípios da boa-fé, cooperação, transparência e informação, devem ser observados pelos fornecedores, diretos ou indiretos, principais ou auxiliares, enfim todos aqueles que, para o consumidor, participem da cadeia de fornecimento.
9. O entendimento exarado pelo Tribunal de origem encontra-se em consonância com o do STJ, no sentido que existe responsabilidade solidária entre a operadora de plano de saúde e o hospital conveniado, pela reparação dos prejuízos sofridos pela beneficiária do plano decorrente da má prestação dos serviços; configurada, na espécie, pela negativa e embaraço no atendimento médico-hospitalar contratado.
10. Recurso especial de FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE parcialmente conhecido, e nessa parte, desprovido.
11. Recurso especial de UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO conhecido e desprovido."
(REsp 1.725.092/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/3/2018, DJe 23/3/2018 - grifou-se).

Como visto, a operadora de plano de saúde poderá incorrer em abusividade se promover a alteração da lista de conveniados, ou seja, o descredenciamento de estabelecimentos hospitalares, clínicas médicas, laboratórios, médicos e outros serviços, sem a observância dos requisitos legais, que são: i) substituição da entidade conveniada por outra equivalente, de forma a manter a qualidade dos serviços contratados inicialmente e ii) comunicação aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com 30 (trinta) dias de antecedência.

Por oportuno, cumpre transcrever a seguinte doutrina de Maury Ângelo Bottesini e de Mauro Conti Machado:

"(...)
17.2 A prévia comunicação aos usuários das modificações dos credenciados
A operadora está obrigada a dar conhecimento prévio aos usuários e com 30 dias de antecedência segundo disposição do § 1º deste art. 17, das modificações do rol de credenciados, referenciados e estabelecimentos aptos a atender os seus clientes. E deve documentar-se para comprovar que desempenhou a contento a obrigação, quando necessária tal prova, pena de responder pelos prejuízos suportados por qualquer usuário que procure um desses credenciados e não encontre o atendimento buscado.
É no Dever de Informar que tem origem essa obrigação, cujo fundamento está na boa-fé objetiva que deve estar presente na conduta das partes desde a contratação, durante a execução, no momento das alterações legalmente permitidas das estipulações e por ocasião do distrato, o que está consagrado no Código de Defesa do Consumidor, e de forma mais enfática, nos

contratos por adesão, segundo se pode ler no art. 47 do CDC, arts. 113 e 423 do CC de 2003." (BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Lei dos Planos e Seguros de Saúde: comentada e anotada, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, pág. 128 - grifou-se)

E ainda, nesse mesmo sentido:

"DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA NO CURSO DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, SEM SUBSTITUIÇÃO POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EQUIVALENTE. IMPOSSIBILIDADE. PRÁTICA ABUSIVA. ART. 17 DA LEI 9.656/98.
1. O caput *do art. 17 da Lei 9.656/98 garante aos consumidores de planos de saúde a manutenção da rede de profissionais, hospitais e laboratórios credenciados ou referenciados pela operadora ao longo da vigência dos contratos.*
2. Nas hipóteses de descredenciamento de clínica, hospital ou profissional anteriormente autorizados, as operadoras de plano de saúde são obrigadas a manter uma rede de estabelecimentos conveniados compatível com os serviços contratados e apta a oferecer tratamento equivalente àquele encontrado no estabelecimento de saúde que foi descredenciado. Art. 17, § 1º, da Lei 9.656/98.
3. O descredenciamento de estabelecimento de saúde efetuado sem a observância dos requisitos legalmente previstos configura prática abusiva e atenta contra o princípio da boa-fé objetiva que deve guiar a elaboração e a execução de todos os contratos. O consumidor não é obrigado a tolerar a diminuição da qualidade dos serviços contratados e não deve ver frustrada sua legítima expectativa de poder contar, em caso de necessidade, com os serviços colocados à sua disposição no momento da celebração do contrato de assistência médica.
4. Recurso especial conhecido e provido" (REsp nº 1.119.044/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 4/3/2011 - grifou-se).

Assim, sabedores das suas obrigações legais perante os consumidores, as quais podem, inclusive, ser exigidas solidariamente, os integrantes da cadeia de fornecimento de serviços devem se organizar, estabelecendo entre si, conforme a realidade operacional de cada um, os ajustes contratuais necessários ao cumprimento desses deveres, com observância dos prazos previstos na legislação.

É certo que, nos termos do § 1º do art. 17 da Lei nº 9.656/1998, a obrigação legal de comunicar eventual descredenciamento de entidades hospitalares (gênero) aos usuários e à ANS é da operadora dos planos de saúde.

Cabe, pois, a essa organização, conforme sua disponibilidade operacional, acordar com as entidades credenciadas prazo razoável para o atendimento de pedidos dessa natureza, com vistas a que haja compatibilidade entre o seu processamento e o cumprimento do disposto na regra legal examinada, isto é, i) substituição da entidade conveniada por outra

equivalente, de forma a manter a qualidade dos serviços contratados inicialmente, e ii) comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta dias) de antecedência.

Na espécie, conforme consignado no acórdão impugnado, não foi observado o requisito da comunicação prévia ao consumidor acerca do descredenciamento da clínica médica de oncologia.

Eis o fragmento do acórdão local que solucionou adequadamente a controvérsia:

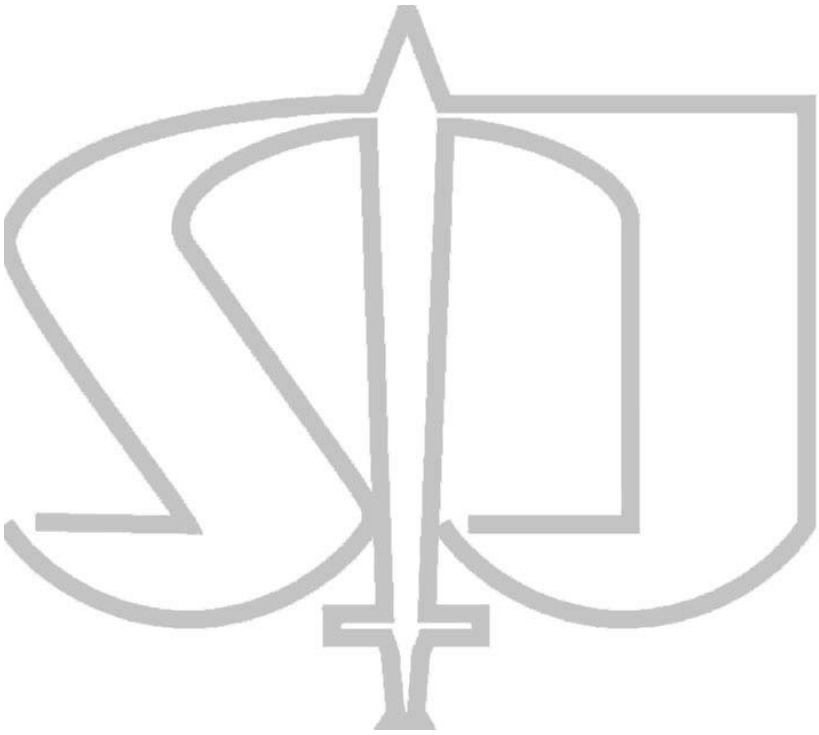
> *"(...)*
>
> *O tratamento deve ser ministrado na clínica indicada pelo Autor (Clínica Cenni), pois a Requerida não provou o atendimento ao disposto no artigo 17, parágrafo 1°, da Lei número 9.656/982, vale dizer, não provou que comunicou (à ANS e ao Autor) a substituição da clínica para o tratamento oncológico.*
>
> *Importa anotar o equívoco em que incorre a Requerida, ao alegar que o ônus de comunicar o descredenciamento e substituição da clínica para tratamento oncológico existe apenas nas hipóteses em que a substituição se fizer por iniciativa do plano.*
>
> *O mencionado artigo não faz distinção entre as hipóteses em que a substituição ocorre por iniciativa do plano ou por iniciativa da entidade hospitalar, e sabido que onde a lei não distingue o intérprete também não deve distinguir* (Ubi lex non distinguir nec nos distinguere debemus)*. Ademais, independentemente de quem tomou a inciativa, a rescisão do contrato com a Clínica Cenni frustrou expectativa legítima do consumidor, que esperava ser atendido pelas clínicas credenciadas ao tempo da contratação, o que viola a boa-fé objetiva.*
>
> *Por fim, evidente que a utilização da expressão 'entidade hospitalar', e não propriamente da expressão 'clínica', pelo artigo 17 da Lei número 9.656/98, não afasta a necessidade da notificação. Ao utilizar referida terminologia, 'se pretendeu abrangência maior, de forma a alcançar não apenas os estabelecimentos hospitalares típicos, de maior porte e capacidade assistencial, como também os menores, responsáveis de toda forma por atendimento em parte assemelhado'. 'Sob essa perspectiva, portanto, estaria fora da abrangência do art. 17 apenas o descredenciamento de médicos pessoas físicas e de laboratórios'.*
>
> *Dessa forma, de rigor a manutenção da sentença, adotados também os seus fundamentos, nos termos do artigo 252 do Regimento Interno deste Tribunal de Justiça"* (fl. 524 - grifou-se).

Portanto, ainda que a iniciativa pelo descredenciamento tenha partido da clínica médica, espécie do gênero entidade hospitalar, subsiste a obrigação de a operadora de plano de saúde promover a comunicação desse evento aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, consoante o disposto no § 1º do art. 17 da Lei nº 9.656/1998, bem como de substituir a entidade conveniada por outra equivalente, de forma a manter a qualidade dos serviços contratados inicialmente.

3. Do dispositivo

Ante o exposto, nego provimento ao recurso especial.

É o voto.



CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2015/0210605-9 **PROCESSO ELETRÔNICO** **REsp 1.561.445 / SP**

Números Origem: 00481845320118260114 1140120110481847 16472011 481845320118260114

PAUTA: 13/08/2019 JULGADO: 13/08/2019

Relator
Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão
Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Subprocurador-Geral da República
Exmo. Sr. Dr. MÁRIO PIMENTEL ALBUQUERQUE

Secretário
Bel. WALFLAN TAVARES DE ARAUJO

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	:	UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS	:	GUSTAVO MOSSO PEREIRA E OUTRO(S) - SP214325
		MARCELO ALEXANDRE CELESTINO PEREIRA - SP188765
		TIAGO FELIX PRADO - SP263539
RECORRIDO	:	OSNI JOSE DE SOUZA
ADVOGADOS	:	ANTONIO NATRIELLI NETO - SP155065
		FERNANDO VICTÓRIA - SP192202
		JULIANO GIBERTONI E OUTRO(S) - SP184735

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro (Presidente), Nancy Andrighi e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.