



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000005316

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1004106-53.2024.8.26.0161, da Comarca de Diadema, em que é apelante/apelada CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é apelado/apelante THAYMENE KARINE DA LUZ BARBOZA (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento aos recursos. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALCIDES LEOPOLDO (Presidente) E ENIO ZULIANI.

São Paulo, 8 de janeiro de 2025.

VITOR FREDERICO KÜMPEL

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto nº: 9835

Apelação Cível nº 1004106-53.2024.8.26.0161

Apelante/Apelado: Central Nacional Unimed - Cooperativa Central

Apelado/Apelante: Thaymene Karine da Luz Barboza

Origem: Diadema

Juiz(a) de origem: Dr(a). Thiago Dantas Cunha Nogueira De Souza

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. DESCRIÇÃO DE REDE CREDENCIADA. RECURSOS DESPROVIDOS.

I. Caso em Exame. Recursos de apelação interpostos por ambas as partes contra sentença que julgou procedente a demanda, determinando a reintegração da autora ao plano de saúde junto à unidade hospitalar Rede D'Or São Luiz, até que a requerida comprove a substituição do prestador de serviços hospitalares descredenciado por outros equivalentes, conforme artigo 17 da Lei 9.656/98.

II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em verificar se a operadora de plano de saúde cumpriu os requisitos legais para a substituição de prestador credenciado e se a comunicação foi válida, garantindo a continuidade do tratamento da autora.

III. Razões de Decidir. 3. A operadora não apresentou alternativas adequadas para a continuidade do tratamento da autora, falhando na prestação dos serviços.

4. As cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor do consumidor, conforme o Código de Defesa do Consumidor.

IV. Dispositivo e Tese. 5. Recursos desprovidos. Tese de julgamento: 1. A substituição de prestador credenciado deve garantir a continuidade do tratamento com qualidade equivalente. 2. A comunicação ao consumidor deve ser clara e garantir seus direitos.

Vistos.

Trata-se de recursos de apelação interpostos pelas partes em razão da r. sentença de fls. 240-245 que julgou procedente a presente demanda, nas seguintes linhas: “(...) *Ante o exposto, JULGO PROCEDENTES os pedidos formulados na ação, resolvendo o mérito, na forma do artigo 487, I, do Código de Processo Civil, confirmando-se a tutela de urgência deferida às fls. fls. 92/93, a fim de determinar que a requerida reintegre ao plano da autora o junto à unidade*

hospitalar da Rede D'Or (São Luiz) que acompanha a autora, de forma a viabilizar a continuidade de seu tratamento, até o efetivo cumprimento do disposto no artigo 17 da Lei 9.656/98 pela ré, com a notificação da consumidora e a comprovação de substituição do prestador de serviços hospitalares descredenciado por outros equivalentes. ”.

Insurge-se a parte requerida (fls. 261-278), ao argumento de que o REDE D'OR SÃO LUIZ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA não é mais credenciado ao plano de saúde da requerente; ocorrendo substituição de rede para prestador apto a atender a requerente na sua solicitação.

Sustenta o apelante que demonstrou claramente que cumpriu todos os requisitos para a substituição do prestador credenciado, com indicação dos hospitais referência e o aparato necessário para a boa execução do atendimento dos beneficiários.

Afirma que a substituição dos prestadores foi feita de acordo com o artigo 17 da Lei 9.656/98, não havendo que se falar em qualquer falha na prestação dos serviços, tampouco no custeio de tratamento realizado fora da rede credenciada.

Requeru seja reformada a r. sentença, declarando-se a ação e seus pedidos totalmente improcedentes.

Recorreu adesivamente a parte autora (fls.285/294), sustentando que a comunicação enviada não foi direcionada aos beneficiários da categoria de seu plano de saúde, devendo ser garantida a continuidade da assistência a beneficiário internado ou em tratamento de doença grave, até a efetiva alta.

Requeru a reforma do *decisum* para que se reconheça a ausência de notificação válida, assim como imponha à operadora o dever de cobertura do tratamento no Hospital Rede D 'OrSão Luiz até a alta médica.

Contrarrazões às fls. 295/310 .

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É a síntese do necessário.

Relevante fazer menção acerca da esmerada tramitação do processo em primeiro grau de jurisdição sob a presidência do MM Juiz de Direito Dr(a).

Thiago Dantas Cunha Nogueira De Souza, cuja bem prolatada sentença não comporta reforma.

A decisão recorrida não comporta reparo diante da fundamentação que é aqui adotada como razão de decidir segundo permite o art. 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo.

Isto porque, as questões trazidas nos autos e novamente apresentadas com as razões recursais foram bem decididas nos exatos termos dos trechos que ora se transcrevem:

“A requerida, em e-mail, de fls. 29/30, enviado à autora em 02/02/2024, informa que, “Informamos que a partir de 04/03/2024, a nossa rede credenciada passará por atualizações [...] A Unimed Nacional reafirma seu compromisso em garantir uma rede de excelência, com opções que atendam todas as necessidades de nossos clientes”.

Verifico, ainda que, em sequência, a ré Unimed informou à autora que “Em nome do cuidado e transparência na relação com nossos beneficiários, a Unimed Nacional disponibiliza aqui as alterações de rede credenciada, de acordo com plano de saúde contratado”, apresentando uma vasta lista de trinta e cinco hospitais que, no caso, deixariam de oferecer atendimento credenciado junto à operadora ré (fls. 31/33).

Portanto, o que se denota, no caso dos autos, é que a ré, quando deveria ofertar reais alternativas ou soluções para a plena continuidade do tratamento da parte autora, limitou-se a informá-la de que seu plano deixaria de ter atendimento em nada mais, nada menos, do que trinta e cinco hospitais.

Neste ponto, verifico, ainda, que não apresentou a ré, em sua defesa, qualquer indicação de unidade hospitalar apta a suprir as necessidades médicas

do tratamento para a grave patologia da autora, restando inequívoca a omissão de seu atendimento e a falha na prestação dos seus serviços”.

Cabe consignar que, tratando-se de plano de saúde, são aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor.

Nas lições de Cláudia Lima Marques (in “Contratos no Código de Defesa do Consumidor”, 4ª edição, página 399):

“(…) apesar da L. 9656/98, na sua versão atual, nominar os antigos contratos de seguro-saúde como planos privados de assistência à saúde, indiscutível que tanto os antigos contratos de seguro-saúde, os atuais planos de saúde, como os, também comuns, contratos de assistência médica possuem características e sobretudo uma finalidade em comum: o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde do consumidor e de sua família ou dependentes. Mencione-se, assim, com o eminente Professor e Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, que: ‘Dúvida não pode haver quanto à aplicação do Código do Consumidor sobre os serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo, de prestação especializada em seguro-saúde. A forma jurídica que pode revestir esta categoria de serviço ao consumidor, portanto, não desqualifica a incidência do Código do Consumidor. O reconhecimento da aplicação do Código do Consumidor implica subordinar os contratos aos direitos básicos do consumidor, previstos no art. 6º do Código(…)”

Portanto, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte vulnerável, visando estabelecer o equilíbrio do contrato.

Na origem, cuida-se de ação cominatória cumulada com pedido de tutela antecipada visando a manutenção dos tratamentos da autora no REDED'OR SÃO LUIZ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, até a alta definitiva.

No que tange ao tratamento propriamente dito, com o devido respeito ao entendimento exarado pela ré apelante, a tese de que os hospitais

indicados possuem equivalência dos serviços prestados em relação ao hospital descredenciado não pode ser acolhida de plano, ou seja, sem que haja prova das suas alegações.

Além disso, não cabe acolhimento o pedido formulado no recurso adesivo de que o tratamento seja custeado de forma particular se a operadora do plano de saúde indicar hospital apto a fornecer o tratamento necessário com a mesma qualidade experimentada no hospital descredenciado.

Portanto, fica a sentença mantida, inclusive por seus próprios fundamentos, que adoto como razão de decidir segundo permite o art. 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo.

Mantida a sucumbência, nos termos do artigo 85, § 11 do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios fixados em Primeiro Grau em favor dos patronos do autor no montante de 10% (dez por cento) do valor da causa, para 12% (doze por cento), em vista da natureza e da complexidade da causa, do zelo dos profissionais e do trabalho realizado (artigo 85, § 2º do Código de Processo Civil)

Considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** aos recursos.

VITOR FREDERICO KÜMPEL
Relator
Assinatura Eletrônica