AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.212.530 - RS (2017/0305965-1)

RELATOR	**:**	**MINISTRO MARCO BUZZI**
AGRAVANTE	:	TRANQUILO LUIZ CARNIEL
ADVOGADO	:	LUIZ CARLOS BRANCO DA SILVA E OUTRO(S) - RS025377
AGRAVADO	:	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOP DE SERV MÉDICOS LTDA
ADVOGADO	:	CÁSSIO AUGUSTO VIONE DA ROSA E OUTRO(S) - RS050660

DECISÃO

Trata-se de agravo (art. 1.042 do CPC/15), interposto por TRANQUILO LUIZ CARNIEL, em face de decisão que não admitiu recurso especial (fls. 617-650, e-STJ).

O apelo nobre, de sua vez, fundamentado nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, desafia acórdão prolatado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, assim ementado (fls. 498-515, e-STJ):

> Apelação cível. Seguros. Plano de saúde.
> Diagnóstico de carcinoma de células escamosas (CEC de Laringe avançado). Limitação de atendimento na rede credenciada. Para que o usuário do plano de saúde tenha direito ao custeio das despesas médico-hospitalares em hospital não credenciado é necessário se conjugar a ocorrência de uma situação de urgência e emergência, com a impossibilidade de utilização da rede credenciada da empresa de plano de saúde, em decorrência da necessidade de um atendimento célere, da indisponibilidade do tratamento ou procedimento nos hospitais credenciados, ou recusa de atendimento na rede, inocorrente no caso concreto. Sentença mantida. Apelo não provido.

Nas razões do recurso especial (fls. 518-562, e-STJ), o recorrente, além de dissídio jurisprudencial, aponta violação aos artigos 6°, III, e 47 do CDC; e 12 e 16, X, da Lei 9.656/98, bem como à Súmula 469/STJ.

Sustenta, em síntese, que: a) a rede Unimed pertence ao mesmo conglomerado; b) seu plano tem abrangência nacional; c) o hospital no qual foi prestado o atendimento integra a rede credenciada à Unimed Paulistana.

Contrarrazões às fls. 592-603, e-STJ.

Em juízo de admissibilidade (fls. 606-615, e-STJ), negou-se o processamento do recurso especial, sob os fundamentos de que: a) não é possível o manejo de recurso especial em razão de contrariedade a enunciado sumular; b) não houve o prequestionamento da matéria; c) seria aplicável ao caso as Súmulas 7 e 83 do STJ.

Irresignado, aduz o agravante, em suma, que o reclamo merece trânsito, uma vez que: a) a matéria foi devidamente prequestionada; b) o exame da pretensão recursal não demanda revolvimento de matéria probatória ou reinterpretação de cláusula contratual; c) há julgados do STJ que amparam a tese do recorrente; d) a menção à súmula 469 do STJ destina-se a complementar a argumentação tendente a demonstrar a existência de violação à legislação federal; e e) a decisão de admissibilidade usurpa competência do STJ.

É o relatório.

Decido.

O inconformismo merece parcial provimento.

1. Da leitura do acórdão recorrido, percebe-se que o Tribunal de origem julgou improcedente o pedido de reembolso formulado pelo ora recorrente. Para isso, argumentou que não estariam presentes os requisitos legalmente estabelecidos para a restituição de despesas hospitalares formuladas junto a entidade não credenciada ao plano de saúde. Veja-se (fls. 512-513, e-STJ):

> Após analisar de forma detida e analisar os autos de forma profunda, tenho que a questão foi desatada com inegável acerto e adequação pelo Julgador Monocrático, Dr. Clóvis Moacyr Mattana Ramos, quase nada havendo a acrescer aos fundamentos esposados, razão pela qual transcrevo abaixo fragmento do ato sentenciai, incorporando-o ao presente voto:
> (...)
> Pondera-se que não se fala no tratamento da rede Unimed além do âmbito regional, ou necessidade de atendimento durante trânsito do demandante fora das cidades elencadas no contrato, na medida em que o autor deslocou-se especificamente para receber tratamento em Instituição de sua escolha e com especialistas médicos não credenciados ao plano de saúde contratado. Nesse caso, inclusive, visualiza-se que não havia urgência/emergência que exigissem o deslocamento do paciente àquele Hospital específico.
> (...)
> Com efeito, o próprio autor admitiu que o hospital escolhido não era credenciado ao plano de saúde, sendo que da leitura do contrato firmado entre as partes fica evidenciado que o plano de saúde contratado não prevê a opção livre escolha de profissionais de saúde e hospitais. De conseguinte, ainda que incidente o artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor, determinando a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor, legítima a limitação nas peculiaridades do caso concreto.
> Importante sinalar que não se trata de inexistência de hospitais e profissionais habilitados na rede credenciada, mas, ao que parece, de livre opção do autor em realizar o procedimento em outra cidade, muito provavelmente com médico de sua confiança. Assim, ao optar pela realização do tratamento em hospital não credenciado, assumiu o risco de suportar os gastos com o seu tratamento, sendo descabido compelir a parte ré ao ressarcimento.
> (...)
> Para que o usuário do plano de saúde tenha direito ao custeio das despesas médico-hospitalares em hospital não credenciado e fora da área de abrangência geográfica, é necessário que demonstre se tratar de situação de urgência e emergência, de impossibilidade de utilização da rede credenciada da empresa de plano de saúde, de indisponibilidade do tratamento ou procedimento nos hospitais credenciados, de falta de capacitação do corpo médico ou de recusa de atendimento na rede, hipóteses todas inocorrentes no caso concreto.
> Sempre é importante manter a proporcionalidade entre o valor das prestações pagas e das contraprestações fornecidas pela operadora do plano de saúde, tanto para um lado, como para outro. A limitação da área de atendimento do plano, desde que expressamente contratada, não se revela abusiva, mesmo diante da aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Nesse ponto, portanto, não merece reforma a sentença, pois a

> cobertura ilimitada nos termos determinados poderá ocasionar ofensa ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato celebrado entre as partes.

Tem-se, contudo, que, ao firmar a premissa de que o hospital não integraria a rede conveniada, o Tribunal local contrariou entendimento desta Corte.

Com efeito, de acordo com a jurisprudência do STJ, as cooperativas de trabalho médico integrantes do sistema Unimed compõem uma rede interligada, a qual transmite ao consumidor a aparência de que os serviços oferecidos por tais pessoas jurídicas têm abrangência nacional.

Mais que uma particularidade societária, tal conformação permite o intercâmbio da estrutura de atendimento de cada uma das cooperativas integrantes, o que constitui fator de atração de novos consumidores e, consequentemente, maximiza os lucros auferidos pelos prestadores de serviço.

Assim, admite-se que determinada integrante do referido sistema seja compelida a arcar com tratamento junto a unidade hospitalar vinculada a outra componente do grupo, já que, dadas as particularidades acima descritas, é desarrazoada a imposição ao consumidor a cláusula contratual de limitação geográfica de cobertura. Precedentes:

> 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) [grifou-se]

PROCESSO CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. SOCIEDADES COOPERATIVAS UNIMED. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM.
1. O direito à informação e o princípio da vinculação da publicidade refletem a imposição da transparência e da boa-fé nos métodos comerciais, na publicidade e nos contratos, de modo que o fornecedor de produtos ou serviços se responsabiliza também pelas expectativas que a sua publicidade desperta no consumidor, mormente no que tange ao uso coletivo de uma mesma marca.
2. A publicidade do Sistema Unimed busca instigar o indivíduo à contratação mediante a convicção de que se trata de uma entidade única com atuação em âmbito nacional, não sendo informado ao filiado sobre a autonomia e a independência de suas unidades, o que só faz reforçar nele a ideia de que esse sistema lhe oferece uma maior gama de serviços e facilidades.
3. Ademais, a complexa estrutura das cooperativas prestadoras de serviço, se, por um lado, visa ao estímulo e reforço do sistema cooperativo regido pela Lei n. 5.764/1971, possibilitando a atuação sob uma mesma marca e a constituição de sociedades cooperativas singulares, federações de cooperativas e confederações; por outro lado, tem como efeito externo a responsabilização de toda a cadeia de fornecimento - no caso, o Sistema Unimed - de forma solidária, uma vez que não se pode exigir do consumidor que conheça as intrincadas relações entre os diversos membros dessa cadeia, mormente quando a publicidade veiculada pelo grupo faz-lhe crer que se trata de uma entidade una.
4. Dessarte, o fato de várias sociedades explorarem uma mesma marca, ainda que com personalidades jurídicas distintas - por não ter havido a informação clara ao consumidor acerca de eventuais diferenças no conteúdo dos serviços ou na cobertura oferecida por cada uma -, traz como consequência a possibilidade de serem acionadas a responder solidariamente pelas obrigações contratadas por qualquer delas.
5. Recurso especial não provido.
(REsp 1377899/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/12/2014, DJe 11/02/2015) [grifou-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.
> (AgInt nos EDcl no AgInt no AREsp 833.153/MS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 06/11/2018, DJe 13/11/2018)

No caso, não obstante as alegações formuladas pelo recorrente, não é possível aferir se o hospital "Real e Benemérita Associação de Beneficência Portuguesa" integraria a rede credenciada à Unimed Paulistana.

Nesse contexto, considerando-se que a definição de tal questão é necessária à análise do pleito de reembolso, faz-se necessário o acolhimento parcial da pretensão recursal, de modo a determinar que o Tribunal local, à luz do entendimento acima disposto, reaprecie o pleito de reembolso formulado pelo ora recorrente.

2. Ante o exposto, com fulcro no art. 932 do CPC/2015 c/c Súmula 568/STJ, conheço do agravo para, desde logo, dar parcial provimento ao recurso especial. Por conseguinte, determino o retorno dos autos à origem para que, à luz da jurisprudência do STJ acerca do tema, o Tribunal reaprecie o pedido de reembolso formulado pelo ora recorrente.

Publique-se.
Intimem-se.

Brasília (DF), 09 de abril de 2019.

MINISTRO MARCO BUZZI
Relator