

[Identificação do processo] Nº 19.16.0797.0044100/2021-39/ 2021

Parecer nº 02/2022 - PGJMG/PROCON-MG/ASJUP

#### **ASSUNTO:**

Trata-se de consulta formulada pela 1ª Promotoria de Justiça da Comarca de Uberaba, encaminhada mediante formulário de solicitação de apoio técnico-jurídico (1283595), com o objetivo de apurar eventual prática de infração aos direitos do consumidor, em razão do direcionamento, pela Unimed, a laboratório específico, na cidade de Uberaba, quando solicitados pedidos de exames laboratoriais por seus beneficiários em contratos de intercâmbio.

**EMENTA:** Recusa indevida de cobertura - Rede interligada - Usuário em intercâmbio de atendimento - Infração aos direitos do consumidor - Responsabilidade solidária entre as entidades autônomas.

## **1. RELATÓRIO**

Foi instaurado Inquérito Civil, na 1ª Promotoria de Justiça de Uberaba, pelo Promotor de Justiça Renato Teixeira Rezende, visando à apuração de irregularidades em razão do direcionamento, pela Unimed, a laboratório específico, na cidade de Uberaba.

Em síntese, a Unimed Uberaba estaria negando atendimento aos clientes usuários da chamada "rede de intercâmbio" no Laboratório Sabin, o qual é da preferência dos clientes. Sob o fundamento de que tal laboratório não consta na rede credenciada para tais tipos de clientes, os exames só estariam sendo autorizados no Laboratório Lamel, adquirido pela Unimed.

Por meio do Ofício nº 0247/2017, a 1ª Promotoria de Justiça de Mariana requisitou informações à Unimed Uberaba.

Em resposta aos questionamentos formulados no referido ofício requisitório, a Unimed Uberaba aduziu, em síntese, o seguinte: que é uma cooperativa constituída, autônoma e independente das demais, conforme comprovado pelo Estatuto Social; que o Laboratório Sabin não consta na rede credenciada para os clientes de intercâmbio, motivo pelo qual houve a recusa de atendimento; que quando a rede de intercâmbio é utilizada, os atendimentos ficam restritos ao laboratório Lamel (adquirido pela UNIMED); que o direcionamento ao laboratório Lamel vem sanar uma dificuldade existente na rede prestadora que obriga o beneficiário de intercâmbio a realizar, em alguns casos, seus exames em dois laboratórios distintos em razão dos serviços contratualizados, enquanto o laboratório Lamel atende 100% dos exames laboratoriais de análise clínica e de genética previstos no rol de procedimentos da ANS; que restou comprovado que, ainda que não tenha sido no laboratório desejado pelos usuários, a UNIMED não deixou de prestar atendimento, na forma da legislação.

A 1ª Promotoria de Justiça de Uberaba solicitou apoio técnico-jurídico ao Procon-MG, através de formulário disponibilizado para tal finalidade, no qual consta o objeto de pesquisa já mencionado no início da presente manifestação.

É o breve relato.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO**

## 2.1. DA APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AOS CONTRATOS CELEBRADOS COM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Inicialmente, destaca-se a incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde, de acordo com previsão expressa no artigo 35-G, da Lei nº 9.656/98 e incidência da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. Os planos de saúde são prestadores de serviços e estão inseridos no conceito de fornecedor do artigo 3º, do CDC. Vejamos:

### **Lei n.º 9.656/98**

**Art. 35-G.** Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.

**Súmula 608/STJ** - Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

### **Lei n.º 8.078/90 - Código de Defesa do Consumidor**

**Art. 3º** Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Logo, tem-se que, apesar de os planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos pela Lei n.º 9.656/98 (Lei de Planos de Saúde), há perfeita incidência normativa do Código de Defesa do Consumidor em tais contratos, aplicando-se, pois, ao caso em comento.

Em sequência, salienta-se que direito à saúde, objeto da discussão, deriva do direito à vida e é garantidor da dignidade da pessoa humana. Por isso, recebeu, em diferentes sentidos, ampla proteção constitucional, dentre eles: artigo 1º da Constituição Federal, no qual a dignidade da pessoa humana é elencada como fundamento da República do Brasil; artigo 5º, que diz respeito aos direitos e garantias fundamentais, o qual assegura a inviolabilidade do direito à vida; artigo 6º, que qualifica a saúde como direito social e artigos 196 a 200.

Sobre as disposições do direito constitucional à saúde, destaca-se o texto do artigo 197 da Constituição Federal, o qual estabelece o seguinte:

**Art. 197.** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Portanto, ainda que o acesso à saúde seja prestado pela iniciativa privada, não há perda de seu caráter de relevância pública, fato que impõe restrições e cuidados a todos aqueles que decidem prestar tais serviços e, obviamente, devem arcar com as responsabilidades que lhes foram conferidas, pois os consumidores, ao celebrarem um contrato de plano de saúde, pretendem ter amparado o seu direito de proteção contra eventuais riscos à saúde, bem como o de responsabilização das empresas em caso de descumprimento das obrigações. Para isso, não basta conferir plena aplicabilidade à Constituição Federal e às leis que regulam o

setor de assistência privada à saúde. É necessário o aperfeiçoamento do contrato e de sua execução, buscando-se uma maior responsabilização das operadoras de saúde pelo viés social, pois o objeto dessa relação contratual - saúde - não deve ser analisado pelo viés econômico e financeiro.

## **2.2. DO DIREITO BÁSICO À INFORMAÇÃO (ARTIGOS 6º, III, E 46, DO CDC) E INCIDÊNCIA DOS ARTIGOS 51 e 54, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

*In casu*, imprescindível se torna a aplicação do artigo 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor, cuja redação prevê como direito básico do consumidor a obtenção de informação adequada sobre diferentes produtos e serviços, bem como do artigo 46 do mesmo diploma legal.

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

O direito à informação visa a assegurar ao consumidor uma escolha consciente, possibilitando que suas expectativas em relação ao serviço sejam de fato atingidas. O comando inserido no artigo 6º, III, do CDC, é efetivamente cumprido quando a informação for prestada ao consumidor de forma adequada, assim entendida como aquela que se apresenta, simultaneamente, completa e útil.

No caso dos contratos celebrados com as operadoras de saúde, é primordial a informação quanto à rede conveniada, incluindo médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, pois é determinante na decisão quanto à contratação e futura manutenção do vínculo contratual.

Com relação ao direito do consumidor à informação, destacam-se os seguintes julgados do Superior Tribunal de Justiça:

(...) O direito à informação está relacionado com a liberdade de escolha daquele que consome, direito básico previsto no inciso II do art. 6º do Código de Defesa do Consumidor e vinculado à correta, fidedigna e satisfatória informação sobre os produtos e os serviços postos no mercado de consumo. A autodeterminação do consumidor depende essencialmente da informação que lhe é transmitida, pois é um dos meios de formar a opinião e produzir a tomada de decisão daquele que consome. **Logo, se a informação é adequada, o consumidor age com mais consciência; se a informação é falsa, inexistente, incompleta ou omissa, retira-se-lhe a liberdade de escolha consciente.** (STJ - EResp 1.515.895 (MS) - Relator: Ministro Humberto Martins. 2015/0035424-0). *Grifo nosso.*

**RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. DESCRENCIAMENTO 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.(STJ - REsp: 1561445 SP 2015/0210605-9, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 13/08/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 16/08/2019) (Destaque nosso)

Assim, resta claro que **o dever de informar também deriva do respeito aos direitos básicos do consumidor** e o plano de saúde é responsável pelo fornecimento ao usuário/contratante de todas as informações e esclarecimentos para que ele possa tomar uma atitude consciente diante do que é posto à venda no mercado, fato que não ocorreu quando da contratação do plano de saúde em discussão, sendo, portanto, violado o mencionado direito à informação, vez que em nenhum momento os usuários foram informados acerca das regras de rede de intercâmbio.

Ademais, o Código de Defesa do Consumidor dispõe, em seu artigo 51, inciso IV e § 1º, incisos I, II e III, que são nulas de pleno direito as cláusulas que estabeleçam obrigações consideradas abusivas, nos seguintes termos:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

(...)

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

(...)

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

I- ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II- restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III- se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

E mais, em conformidade com o disposto no artigo 54, § 4º, do CDC, as limitações à assistência impostas de forma unilateral pelo plano de saúde deveriam ter sido informadas integralmente ao consumidor. Vejamos o que preconiza tal dispositivo:

Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa

discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

(...)

§ 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

E por se tratar de contrato de adesão, as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor. No mesmo sentido, utilizando o **diálogo de fontes**, o Código Civil preceitua que “quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente” - artigos 47 do Código de Defesa do Consumidor e 423 do Código Civil.

Além disso, observa-se a violação ao **Princípio da Confiança**, o qual consiste na credibilidade depositada pelo consumidor no produto, no serviço ou no fornecedor, a fim de que sejam alcançados os fins esperados.

Isso porque, quando o plano de saúde não alerta ou adverte os seus usuários quanto aos serviços não incluídos, gera uma frustração não só em relação à confiança do consumidor, como também ao seu direito de obter claras e legítimas informações sobre o que está sendo contratado. E diante da relevância do direito fundamental envolvido - direito à saúde - as administradoras de planos de saúde possuem o dever de agir com boa-fé, tanto na elaboração, quanto na execução do contrato, visando à preservação da saúde, da segurança e a proteção dos interesses econômicos do consumidor, em virtude da presunção legal de sua vulnerabilidade.

O consumidor, ao contratar um plano de saúde, possui a expectativa de ser atendido quando necessitar da prestação do serviço de assistência à saúde, como bem pontuou a renomada doutrinadora Cláudia Lima Marques:

(...) O objeto principal destes contratos é a transferência (onerosa e contratual) de riscos referentes a futura necessidade de assistência médica e hospitalar. A efetiva cobertura (reembolso, no caso dos seguros de reembolso) dos riscos futuros à sua saúde e de seus dependentes, a adequada prestação direta ou indireta dos serviços de assistência médica (no caso dos seguros pré-pagamento ou de planos de saúde semelhantes) é o que objetivam os consumidores que contratam com essas empresas. (...) Esta é justamente a obrigação do fornecedor desses serviços: prestar assistência médico-hospitalar ou reembolsar os gastos com saúde, é a expectativa legítima do consumidor, contratualmente aceita pelo fornecedor. (...) (*in* Conflitos de Lei no Tempo e Direito Adquirido dos Consumidores de Planos de Saúde e Seguros de Saúde. São Paulo. Revista dos Tribunais).

## 2.2. DO DIREITO DE ESCOLHA DO CONSUMIDOR

Conforme prevê o artigo 6º, inciso II, do CDC, é um direito básico do consumidor "a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações".

Acerca do assunto, vejamos a análise de Cláudia Lima Marques:

"(...) estes direitos estão consolidados em todas as normas de proteção contratual do CDC (art. 46 e ss.), mas com especial atenção naquelas que cuidam da parte pré-contratual e publicidade (art. 30 e ss.) e de práticas comerciais abusivas (art. 39 e ss.), inclusive combatendo a discriminação de consumidores (art. 39, II, IV E IX), as práticas anticoncorrenciais e vendas casadas (art. 4º, IV e 39, I). O Código de Defesa do Consumidor reconhece a importância das novas técnicas de vendas, muitas delas agressivas, do *marketing* e do contrato como forma de informação do consumidor, protegendo o seu direito de escolha e sua autonomia racional, através do reconhecimento de um direito mais forte de informação (arts. 30, 31, 34, 46, 48 e 54) e um direito de reflexão (art. 490)". (BENJAMIN, Antônio Herman de V.; MARQUES, Cláudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. Manual de Direito do Consumidor, p. 58).

Dessa forma, conclui-se que, atribuída a oportunidade de educação e informação, bem como a manifestação de vontade formal e materialmente livre, caracterizada estará a igualdade material na relação de consumo.

Resta claro, portanto, que o consumidor tem todo o direito de escolher o produto ou serviço que achar melhor, sem nenhuma interferência do fornecedor.

No que diz respeito ao caso em comento, segundo argumentado pela UNIMED, por ser um caso de utilização de rede de intercâmbio, os atendimentos ficam restritos ao laboratório Lamel, fato que, claramente, desrespeita tal direito do consumidor, sendo o motivo principal que ensejou a presente demanda.

### 2.3. DO INTERCÂMBIO PRESTACIONAL E NEGATIVA DE ATENDIMENTO

Com relação ao regime de intercâmbio, faz-se necessária uma breve análise dos precedentes judiciais acerca da sistemática das cooperativas que integram o Sistema/Rede Unimed. Verifica-se que, por meio do Sistema Nacional da Unimed, os consumidores conveniados a uma determinada cooperativa podem perfeitamente fazer uso dos serviços de outra, quando estiverem em trânsito pelo território nacional, de modo que existe o chamado “intercâmbio de atendimento” entre as diversas unidades. Tal prerrogativa é conferida, da mesma forma, aos consumidores que optem pela cobertura de abrangência estadual, por exemplo.

Logo, devido à existência da mencionada vinculação entre as diversas cooperativas integrantes do Sistema Unimed, extrai-se do entendimento jurisprudencial que existe responsabilidade solidária entre as cooperativas pertencentes à mesma operadora. Nesse sentido, vejamos os seguintes julgados do Superior Tribunal de Justiça:

PLANO DE SAÚDE. AGRAVO INTERNO. REDE UNIMED. **SOLIDARIEDADE. APLICAÇÃO DA TEORIA DA APARÊNCIA. DIREITO DO REGRESSO DA COOPERATIVA RÉ EM FACE DA ENTIDADE CAUSADORA DO DANO. EXISTÊNCIA. RECUSA DE COBERTURA DE RADIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER. INEXISTÊNCIA DE CONTROVÉRSIA ACERCA DA NECESSIDADE DE COBERTURA. DANOS MORAIS. EXISTÊNCIA. ARBITRAMENTO EM PATAMAR QUE NÃO SE MOSTRA MANIFESTAMENTE EXCESSIVO OU IRRISÓRIO. REVISÃO, EM SEDE DE RECURSO ESPECIAL. INVIABILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. 1. "Segundo a orientação jurisprudencial deste Tribunal Superior, o Complexo Unimed do Brasil e as cooperativas dele integrantes, por formarem um sistema independente entre si e que se comunicam por regime de intercâmbio, permitindo o atendimento de conveniados de uma unidade específica em outras localidades, **apesar de se tratar de entes autônomos, estão interligados e se apresentam ao consumidor como uma única marca de abrangência nacional, existindo, desse modo, solidariedade entre as integrantes**" (AgInt no AREsp 1545603/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/03/2020, DJe 20/03/2020). 2. **Em "se tratando de responsabilidade solidária, é facultado ao consumidor escolher contra quem quer demandar,** resguardado o direito de regresso, daquele que efetivamente reparou o dano, contra os demais coobrigados. Precedentes" (AgInt nos EDcl nos EDcl no AREsp 1569919/AM, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/06/2020, DJe 24/06/2020). 3. Houve recusa às vindicadas sessões de radioterapia para tratamento de câncer, sendo bem de ver que nem mesmo a parte ré afirmou em contestação que as sessões não seriam necessárias. Com efeito, a compensação por danos morais em vista da recusa a tratamento, a toda evidência premente, é claramente cabível, e como houve arbitramento no montante de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) - não é manifestamente excessivo -, não comporta revisão em sede de recurso especial. Incide o óbice da Súmula 7/STJ. 4. Agravo interno não provido. (STJ - AgInt no AREsp: 1391252 SP 2018/0289349-6, Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 19/10/2020, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 26/10/2020). *Grifo nosso.***

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 BÔASCUEVA, 3ª Turma, julgado em 23/05/2017, DJe 31/05/2017). *(Grifo nosso)*.

Conforme explicitado pelo relator Ministro Ricardo Villas Bôascueva, a Unimed é uma rede de assistência médica, de modo que diversas cooperativas de trabalho locais e regionais se interligam sob a mesma marca. O relator ressalta que, embora não atuem no mesmo espaço geográfico e possuam personalidades jurídicas distintas, todos os entes estão interligados e se apresentam ao consumidor como integrantes de um único sistema, sendo sua divisão, portanto, meramente administrativa.

Em virtude disso, fora invocada a chamada **Teoria da Aparência**, a qual é conceituada pela doutrina da seguinte forma:

“(…) uma situação de fato que manifesta como verdadeira uma situação jurídica não verdadeira, e que, por causa do erro escusável de quem, de boa-fé, tomou fenômeno real como manifestação de uma situação jurídica verdadeira, cria um direito subjetivo novo, mesmo à custa da própria realidade”. (Álvaro Malheiros, citado pelo Ministro Reynaldo Soares da Fonseca, no RMS 57.740).

Com a intenção de contextualizar a referida teoria, o relator aduz, em síntese, que a publicidade feita pelo plano de saúde em questão transmite ao consumidor a imagem de que o Sistema Unimed garante o atendimento à saúde em todo o território nacional, haja vista, conforme já mencionada, a integração existente entre as cooperativas.

Destaca, ainda, que não se pode exigir que o consumidor conheça de forma detalhada a organização interna do Sistema Unimed, até porque são apresentados como prestadores de serviços com ampla rede nacional de

atendimento, **fato que pode gerar uma grande confusão** no momento da utilização do plano de saúde.

Em relação às unidades, conclui-se, então, que elas são responsáveis de forma solidária pelo atendimento e pela qualidade da prestação de serviço de assistência à saúde. Nesse sentido, verifica-se o entendimento exarado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo:

UNIMED PAULISTANA – ILEGITIMIDADE PASSIVA – INTERCÂMBIO ENTRE COOPERATIVAS – LEGITIMIDADE RECONHECIDA – Esta consolidada a jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo no sentido de que as cooperativas de trabalho médico configuram grupo econômico e que a cláusula de intercâmbio impõe o atendimento do contratante do plano de saúde pela rede credenciada de uma ou outra quando necessário. PLANO DE SAÚDE – NEGATIVA DE COBERTURA – ALEGAÇÃO DE VIOLAÇÃO DO EQUILÍBRIO CONTRATUAL – QUESTIONAMENTO SOBRE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO INDICADO PELO MÉDICO – RECURSO NÃO PROVIDO – Não se pode, com base na alegação de necessidade de ajustar o equilíbrio do contrato, limitar o atendimento ao consumidor, restringindo, de forma unilateral, os procedimentos ou os serviços, tomando em consideração análise sobre a viabilidade de tratamento que somente compete ao médico responsável pelo atendimento. (TJ-SP - APL: 01750606120128260100 SP 0175060-61.2012.8.26.0100, Relator: Ronnie Herbert Barros Soares, Data de Julgamento: 08/03/2016, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 09/03/2016).

No voto proferido, o relator Ronnie Herbert Barros Soares entendeu que é irrelevante a subdivisão da Unimed em unidades autônomas e, desse modo, abusiva a limitação geográfica entre as cooperativas compreendidas no “Sistema Unimed”, considerando-se, pois, nula a cláusula que assim dispõe.

É também o entendimento do Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS - PLANO DE SAÚDE - APLICAÇÃO DO CDC - SOLIDARIEDADE DAS COOPERATIVAS UNIMED - **INTERCÂMBIO PRESTACIONAL - NEGATIVA DE ATENDIMENTO - DANOS MORAIS CONFIGURADOS - DEVER DE INDENIZAR - 'QUANTUM'.** - Há perfeita incidência normativa do Código de Defesa do Consumidor nos contratos atinentes aos planos ou seguros de saúde - À luz do Código de Defesa do Consumidor, todas as empresas que integram a cadeia da relação de consumo são responsáveis solidariamente pelos danos ocasionados ao consumidor, razão pela qual, conforme o art. 7º, § único, respondem solidariamente pela reparação dos danos - **A partir do momento em que a operadora de plano de assistência à saúde se dispõe a prestar serviços aos associados de operadora congênera, através do que se denomina "sistema de intercâmbio", torna-se solidariamente responsável pelos danos causados aos consumidores, em razão do consórcio formado para o exercício de suas atividades** - A reparação por danos morais, ao mesmo tempo em que não deve permitir o enriquecimento injustificado do lesado, também não pode ser fixada em valor insignificante, pois deve servir de reprimenda para evitar a repetição da conduta abusiva.(TJ-MG - AC: 10313110169056001 MG, Relator: Domingos Coelho, Data de Julgamento: 14/10/0019, Data de Publicação: 22/10/2019). (Grifo nosso).

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - PLANO DE SAÚDE - HEMODIALFITRAÇÃO - NEGATIVA DE FORNECIMENTO - IMPUGNAÇÃO À GRATUIDADE DA JUSTIÇA - ILEGITIMIDADE PASSIVA - AFASTADAS - ATENDIMENTO POR INTERCÂMBIO - RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA - FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO - DEVER DE INDENIZAR - DANOS MORAIS - QUANTUM INDENIZATÓRIO - MÉTODO BIFÁSICO 1. Em ação oriunda de recusa em fornecer tratamento, **a cooperativa médica que integra a mesma rede de intercâmbio do plano de saúde contratado possui legitimidade para figurar no polo passivo da demanda. 2. Deve haver responsabilidade solidária entre as cooperativas de trabalho médico que integram a mesma rede de intercâmbio,**

**sobretudo para aquelas que compuseram a cadeia de fornecimento de serviços**. 3. O dano moral passível de indenização é aquele que importa em lesão a qualquer dos direitos de personalidade da vítima, presente nos casos de injusta recusa de cobertura do plano de saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do beneficiário. 4. O arbitramento da quantia devida para compensação do dano moral deve considerar os precedentes em relação ao mesmo tema e as características do caso concreto (a gravidade do fato em si, a responsabilidade do agente, a culpa concorrente da vítima e a condição econômica do ofensor). (TJ-MG - AC: 10000205168032001 MG, Relator: José Américo Martins da Costa, Data de Julgamento: 11/02/2021, Câmaras Cíveis / 15ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 25/02/2021). (Grifo nosso).

Extrai-se dos precedentes judiciais, portanto, o entendimento reiterado de que a negativa de atendimento, sob o argumento de diferenciação em relação ao “sistema de intercâmbio”, gera danos a serem reparados – de forma solidária - pelo Plano de Saúde.

Por fim, oportuno mencionar que os contratos de planos de saúde apresentam cláusulas contratuais com particularidades e condições específicas impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, as quais devem ser prontamente observadas, a fim de que a prestação do serviço possa ser devidamente assegurada ao consumidor.

E a **Resolução Normativa n.º 259, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, preceitua, no artigo 2º, que:

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

### 3. CONCLUSÃO

- Por todo o exposto, verifica-se que a Unimed possui o dever de prestar atendimento ao consumidor/contratante do Plano de Saúde, por se tratar de uma única rede, a qual deve possibilitar o serviço em outras localidades. Desse modo, a conduta da Unimed Uberaba de negar aos usuários a realização de exames ou direcionar os conveniados para um laboratório que não lhes agrada, sem qualquer justificativa – a não ser a de que fazem parte do sistema de intercâmbio, configura prática infrativa do Código de Defesa do Consumidor e violação aos direitos dos consumidores.

- Após análise da questão suscitada - negativa de atendimento aos clientes da UNIMED Intercâmbio em laboratórios de análises clínicas na cidade de Uberaba -, feitas as considerações pertinentes à solicitação de apoio da 1ª Promotoria de Justiça da Comarca de Uberaba, pelos motivos ora expostos, esta Assessoria Jurídica **SUGERE**:

Instauração do competente processo administrativo para aplicação das sanções previstas em lei, uma vez que foi constatada prática infrativa às relações de consumo no curso do inquérito civil, nos termos do artigo 6º da Resolução PGJ nº 14/2019. Não havendo a possibilidade de solução do feito por meio de transação administrativa (artigo 12, §1º) ou celebração de termo de ajustamento de conduta (artigo 12, § 2º), a Unimed Uberaba deverá ser intimada para apresentar alegações finais, no prazo assinado, e o órgão julgador proferirá decisão administrativa (artigo 18).

Ademais, a **critério da 1ª Promotoria de Justiça de Uberaba**, no curso do processo administrativo poderá ser expedida Recomendação (artigo 3º da Resolução PGJ n.º 14/2019), além de propositura de Ação Civil Pública. Nos termos do artigo 6º, parágrafo único, da referida resolução, o processo administrativo deverá conter todos os elementos de prova colhidos no âmbito do inquérito civil e poderá subsidiar a propositura de

eventual Ação Civil Pública.

Belo Horizonte - MG, 14 de fevereiro de 2022.

Janaína Gonçalves Drumond Américo - Analista  
Assessora Jurídica do Procon-MG  
(Elaboração)

Clara Ataíde Lopes de Souza  
Estagiária de Pós-Graduação  
(Elaboração)

Christiane Pedersoli  
Coordenadora da Assessoria Jurídica do Procon-MG  
(Revisão)

Regina Sturm  
Assessora Jurídica do Procon-MG  
(Revisão)

Ricardo Augusto Amorim César  
Assessor Jurídico do Procon/MG  
(Revisão)



Documento assinado eletronicamente por **CHRISTIANE VIEIRA SOARES PEDERSOLI, COORDENADOR I**, em 02/03/2022, às 11:16, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **CLARA ATAÍDE LOPES DE SOUZA, ESTAGIARIO**, em 09/03/2022, às 14:26, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO AUGUSTO AMORIM CESAR, ASSESSOR II**, em 09/03/2022, às 14:30, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **JANAINA GONCALVES DRUMOND AMERICO, ANALISTA DO MINIST. PUBLICO - QP**, em 09/03/2022, às 14:43, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **REGINA STURM VILELA, ASSESSOR II**, em 09/03/2022, às 14:45, conforme art. 22, da Resolução PGJ n. 27, de 17 de dezembro de 2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://www.mpmg.mp.br/sei/processos/verifica>, informando o código verificador **2106508** e o código CRC **26DEBD4B**.

---

Processo SEI: 19.16.0797.0044100/2021-39 / Documento SEI:  
2106508

Gerado por: PGJMG/PROCON-MG/ASJUP

---

RUA GONÇALVES DIAS, 2039 15º ANDAR - Bairro LOURDES - Belo Horizonte/ MG  
CEP 30140092 - [www.mpmg.mp.br](http://www.mpmg.mp.br)