

**EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2º VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BELO HORIZONTE.**

**Distribuição por reunião deste processo à Ação Civil Pública nº
5047673-62.2018.8.13.0024, nos termos do artigo 55, §3º do
NCPC.**

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS,
por sua Promotora de Justiça que esta subscreve, no exercício de suas
atribuições legais, vem, perante Vossa Excelência, com fulcro nos artigos
127, *caput*, 129, inciso III, 196 e 198 da Constituição Federal; artigos 81,
parágrafo único, inciso III, 82, inciso I e 83 da Lei nº 8.078/90 (CDC);
artigo 66, inciso VI, alínea “a”, da Lei Complementar nº 34/94, e a artigo
5º, da Lei nº 7.347/85, ajuizar a presente

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA, com pedido de TUTELA DE URGÊNCIA
DE NATUREZA ANTECIPADA DE PORTABILIDADE ESPECIAL DE
CARÊNCIAS C/C FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO, nos
termos da Lei 9.656/98 e Resoluções Normativas 186 e 279 da
ANS**

em face de **UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A**, inscrita no CNPJ sob
o nº 04.487.255/0001-81, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo,
nº 366, bairro Cerqueira César, São Paulo/SP, CEP 01.410-901, **BANCO
SANTANDER (BRASIL) S.A.**, inscrito no CNPJ sob o nº
90.400.888/0001-42, com sede na Avenida Presidente Juscelino
Kubitschek, nº, 2041, complemento E 2235 - Bloco A, bairro Vila Olímpia,

São Paulo/SP, CEP 04.543-011, e em face de **UNIMED BH - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, inscrito no CNPJ sob o nº 16.513.178/0001-76, com sede na Avenida Francisco Sales, nº 1483, bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30150-221, em favor de **PAULO SÉRGIO ZAMBALDI E ANETE DE OLIVEIRA LOPES ZAMBALDI**, beneficiários de plano de saúde mantido pela primeira operadora mencionada, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

I - DOS FATOS

O Ministério Público do Estado de Minas Gerais, no exercício das atribuições de defesa do consumidor, foi procurado pelo Sr. Paulo Sérgio Zambaldi que noticiou a rescisão contratual unilateral, perpetrada pelo Banco Santander, do plano de saúde coletivo contratado por seu ex-empregador, qual seja, a instituição bancária em questão, juntamente com a Unimed Seguros S.A, ocasionando prejuízos ao tratamento de saúde de sua esposa e dependente no plano **Anete de Oliveira Lopes Zambaldi**.

O Sr. Paulo Sérgio Zambaldi era funcionário do Banco Santander (matricula funcional nº 587810) e aposentou-se naquela empresa em 10/06/2013, permanecendo ele e a Sra. Anete vinculados à apólice de assistência médica e hospitalar contratada pelo banco junto à Unimed até 30/09/2017 (documento em anexo).

Em 12/09/2017, o Sr. Paulo, ciente de que o prazo da apólice em questão poderia encerrar, entrou em contato com a operadora de plano de saúde Unimed (ligação registrada sob o protocolo nº 70120170913011711) para proceder à migração para outro plano. Na oportunidade, ele fora informado de que a apólice de assistência médica e hospitalar contratada pelo Banco Santander junto à Unimed, à qual ele e a Sra. Anete eram vinculados, ainda estava vigente e que assim permaneceria até 30/06/2018, sendo que estes dois consumidores,

inclusive, receberam as carteirinhas do plano de saúde, com validade até a data retromencionada (documento em anexo).

Dessa forma, importa salientar que, quando do contato com a preposta da Unimed Seguros, foi o Sr. Paulo Zambaldi sumariamente impedido de realizar a portabilidade especial de carência para novo plano de saúde, sob o argumento de que deveria aguardar a aproximação do fim da nova data fornecida, qual seja, 30/06/2018, motivo pelo qual continuaram os beneficiários a utilizar normalmente a apólice de saúde em questão, mesmo porque em suas carteirinhas constavam a mesma data informada como prazo de validade, de onde se conclui que a informação repassada era verossímil.

Acrescente-se que a Sra. Anete, beneficiária do plano em questão, possui diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica e faz uso contínuo do Medicamento Tasigna 200 mg, conforme relatórios médicos em anexo.

Dito isso, importante registrar que, mensalmente, a Sra. Anete solicita à operadora de plano de saúde o fornecimento do medicamento Tasigna 200mg, em virtude de seu alto custo para aquisição no mercado de consumo.

Todavia, **em 05/04/2018, ao solicitar o medicamento em questão, foi surpreendida com a notícia de que a cobertura do plano de saúde ao qual era vinculada havia sido extinta por solicitação do Banco Santander no dia 05/03/2018**, e que, por essa razão, não seria possível a reativação do titular (Sr. Paulo) e da dependente, Sra. Anete (documento em anexo).

Importante notar que, em que pese tal solicitação de extinção do plano de saúde tenha sido, supostamente, efetuada em 05/03/2018, em 19/03/2018 a operadora de plano de saúde autorizou a entrega do

medicamento requerido pela Sra. Anete (documento em anexo), fato este que indica a continuidade do contrato de assistência médica e hospitalar.

Lado outro, tal decisão de cancelamento do plano de saúde foi feita unilateralmente pelo Banco Santander e os beneficiários em questão não foram devidamente comunicados, mesmo porque, repise-se, o Sr. Paulo e a Sra. Anete foram informados de que o benefício permaneceria válido até 30/06/2018 e, inclusive, receberam as carteirinhas do plano de saúde com validade até a data retromencionada.

Ressalte-se, ainda, que **o medicamento Tasigna 200mg, do qual a Sra. Anete atualmente faz uso contínuo é fornecido mensalmente, de modo que a interrupção de seu tratamento pode ocasionar-lhe danos à saúde, o que reforça a gravidade da situação e demonstra a urgência da medida.**

Nos autos da Ação Civil Pública nº 5047673-62.25018.8.13.0024, foi proferida decisão de deferimento da medida liminar que “determinou a continuidade da prestação dos serviços de saúde, de modo ilimitado e sem quaisquer condições”, ao Sr. Paulo e Sra. Anete Zambaldi, sendo certo que, no dia 27/04/2018, a operadora de saúde Unimed Seguros comprovou o cumprimento de seus termos, tendo sido os beneficiários integrados ao plano de saúde a que originalmente pertenciam, com o subsequente fornecimento do medicamento pleiteado.

Dessa forma, ante o deferimento da liminar em questão, com o plano de origem reativado, os beneficiários tentaram, novamente sem qualquer sucesso, realizar a portabilidade de suas carências já devidamente cumpridas para plano de saúde mantido pela operadora Unimed BH, que, por sua vez, negou-se à realização de tal procedimento, haja vista a ausência de Declaração de Permanência emitida pela operadora anterior em que constasse a futura data de exclusão do plano.

Tal infortúnio deve-se ao fato de que, a Unimed BH - Cooperativa de trabalho Médico, em relação ao pedido de portabilidade formulado, recusa-se a assim proceder sob o argumento da necessidade de comprovação da data de exclusão do solicitante de seu plano de saúde prévio.

No entanto, consoante determinado pela decisão que deferiu a medida liminar nos autos da ação em comento, a continuidade dos serviços e benefícios do contrato do plano de saúde anterior ao qual o Sr. Paulo Sérgio e Anete Zambaldi estavam vinculados deve ser garantida sem qualquer tipo de carência ou limitação e, conseqüentemente, sem data prevista para exclusão.

Contudo, conforme já relatado, sem a emissão de declaração pela Unimed Seguros em que constasse a informação da vigência de decisão judicial por prazo indeterminado para a reinclusão dos beneficiários no plano de saúde, bem como o fornecimento da medicação necessária, não foi possível a realização da portabilidade.

Desse modo, verifica-se o descompasso entre as condutas das duas operadoras de saúde envolvidas. De um lado, há a Unimed Seguros que deixou de informar a inexistência de previsão de data de exclusão em razão da vigência de decisão judicial e, de outro, a operadora Unimed BH, que exigia informação de data específica de exclusão dos beneficiários do plano de saúde de origem para a conclusão da portabilidade de carências pretendida, ainda que lhe tenha sido esclarecido por diversas vezes, inclusive em sede de procedimento administrativo instaurado pelo Ministério Público (em anexo), que o plano de saúde a que os beneficiários estavam vinculados encontrava-se ativo por força de liminar e, portanto, sem prazo fixo para término, de modo a demonstrar a impossibilidade de fornecer-se data específica de exclusão.

II - DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Preliminarmente, tomando-se por base os fatos constantes nos autos, é cristalina a percepção de que as questões aqui apresentadas circundam, necessariamente, a mais básica esfera de direitos de todos os seres humanos, qual seja, o direito constitucionalmente consagrado como bem jurídico e direito social: a proteção à saúde, conforme revela os artigos 6º e 196 da Lei Maior do País.

“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Destaca-se que a Constituição da República Federativa do Brasil outorgou à saúde proteção jurídica especial. Para tanto, consagrou as ações e serviços de saúde como de “relevância pública” e definiu entre as funções institucionais do Ministério Público a de zelar pelo efetivo respeito aos serviços de relevância pública e aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (CF 88, art. 129, II), ponto que será abordado nesta peça argumentativa.

Nesse diapasão, o direito à saúde, não obstante ser considerado direito individual homogêneo, possui claramente natureza de interesse indisponível, tendo em vista que sua tutela sempre interessa a toda a sociedade, indistintamente.

À guisa de complementação, tem-se que os direitos de natureza indisponível são aqueles intrinsecamente fundamentais a todo ser humano e às relações sociais.

Neste sentido, o Pretório Excelso, em voto do Ministro Relator aportado em julgado extremamente esclarecedor, revelou o conceito de indisponibilidade de direitos:

“A indisponibilidade de determinados direitos não decorre da natureza privada ou pública das relações jurídicas que lhes são subjacentes, mas da importância que elas têm para a sociedade. O interesse público de que se cogita é aquele relacionado à preservação do bem comum, da estabilidade das relações sociais, e não o interesse da administração pública em sentido estrito. Daí reconhecer-se ao Estado não só o direito, mas o dever de tutelar essas garantias, pois embora guardem natureza pessoal e imediata, revelam, do ponto de vista mediato, questões de ordem pública. Direito individual indisponível é aquele que a sociedade, por meio de seus representantes, reputa como essencial à consecução da paz social, segundo os anseios da comunidades, transmudando, por lei, sua natureza primária marcadamente pessoal. A partir de então dele não pode dispor seu titular, em favor do bem comum maior a proteger, pois gravado de ordem pública subjacente, ou no dizer de Ruggiero 'pela utilidade universal da comunidade'”. (BRASIL. STF. RE nº 248.869/SP, Rel. Min. Maurício Corrêa - grifos nossos)

Importa colacionar também posição do Supremo Tribunal Federal acerca da indisponibilidade de interesses, argumentação esta que é utilizada de modo recorrente na jurisprudência brasileira, referindo-se ao direito à saúde, “que se qualifica como direito subjetivo inalienável”:

“Cumpra não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público [...]”. (BRASIL. STF. AgRg no RE nº 271.286/8. Voto do Min. Celso Mello)

Diante das alegações acima expostas, resta inexorável reconhecer-se que a saúde é o direito indisponível por excelência, posto não estar restrito a somente uma parcela da população e, principalmente, derivar diretamente do direito à vida e do Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana, elencado como Direito Fundamental pela Carta da República Brasileira e vetor de toda a ordem constitucional.

Por fim, é de imperiosa importância destacar-se que o comando constitucional insculpido no artigo 127 atribui ao Ministério Público a defesa dos direitos individuais indisponíveis, dentre os quais o direito à saúde, sendo certo que a interpretação do referido dispositivo deve ser feita de modo a permitir que este Órgão Ministerial utilize os instrumentos à sua disposição para a defesa destes interesses, tais como a atuação administrativa, atuação judicial enquanto *custos legis* e, principalmente, o ajuizamento de ações coletivas que produzirão reflexos nos direitos individuais.

Ademais, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal consolidou-se no sentido de que o Ministério Público tem legitimidade para a defesa de interesses individuais indisponíveis, como ocorre na espécie vertente (direito à saúde). Senão vejamos:

“LEGITIMIDADE - MINISTÉRIO PÚBLICO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - FORNECIMENTO DE REMÉDIO PELO ESTADO. O Ministério Público é parte legítima para ingressar em juízo com ação civil pública visando a compelir o Estado a fornecer

medicamento indispensável à saúde de pessoa individualizada” (RE 407.902, Rel. Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, Dje 28/08/2009 - grifos nossos)

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE ATIVA. DEFESA DE DIREITOS SOCIAIS E INDIVIDUAIS INDISPONÍVEIS. PRECEDENTES. 1. *A Constituição do Brasil, em seu artigo 127, confere expressamente ao Ministério Público poderes para agir em defesa de interesses sociais e individuais indisponíveis, como no caso de garantir o fornecimento de medicamentos a hipossuficiente. 2. Não há que se falar em usurpação de competência da defensoria pública ou da advocacia privada. Agravo Regimental a que se nega provimento.” (RE 554.088-ArR, Rel. Min. Eros Grau, Segunda Turma, Dje 20/06/2008 - grifos nossos)*****

Destaca-se que o Superior Tribunal de Justiça também ostenta entendimento no mesmo sentido:

“O direito à saúde, como elemento essencial à dignidade da pessoa humana, insere-se no rol daqueles direitos cuja tutela pelo Ministério Público interessa à sociedade, ainda que em favor de pessoa determinada.” (Resp nº 695.396/RS)

Sendo assim, vida e saúde são direitos básicos dos consumidores, e, por sua própria natureza, indisponíveis. Logo, também por esse motivo está-se diante de interesses para os quais o Ministério Público encontra-se plenamente legitimado para atuar na defesa do consumidor.

No caso vertente, verifica-se que a legitimidade ativa do *Parquet* para demandar em favor dos beneficiários em questão decorre, da mesma forma, da necessidade de tutela do direito à saúde, haja vista que a realização da portabilidade das carências

dos Srs. Paulo e Anete Zambaldi para outro plano de saúde de modo definitivo, é providência fundamental para que, conforme relatado, a Sra. Anete, portadora de enfermidade gravíssima, possa dar continuidade ao tratamento atualmente realizado.

Desse modo, ainda que o que se pretenda com tal demanda seja a realização da portabilidade de carências para outro plano de saúde, o objeto fundamental desta ação se circunscreve perfeitamente na seara dos direitos indisponíveis, sendo certo que a maneira encontrada para se garantir a continuidade do tratamento da enferma e a devida cobertura das questões relacionadas à saúde do casal - qual seja, a já mencionada portabilidade - em nada obsta a demonstração da indisponibilidade do direito pleiteado. Pelo contrário, a constatação da necessidade de tal providência convalida com exatidão o fato de já terem sido ultrapassadas quaisquer possibilidades de resolução da questão por outros meios, restando em risco os direitos indisponíveis por excelência, quais sejam, a vida e a saúde.

Neste diapasão, ainda recentemente, o Superior Tribunal de Justiça firmou a seguinte tese em sede de julgamento do Tema nº 766 dos Recursos Repetitivos, em que se constatou que, ainda que envolvam beneficiários individualizados, as demandas de saúde referem-se, indubitavelmente, a direitos individuais indisponíveis. Senão vejamos :

“O Ministério Público é parte legítima para pleitear tratamento médico ou entrega de medicamentos nas demandas de saúde propostas contra os entes federativos, mesmo quando se tratar de feitos contendo beneficiários individualizados, porque se refere a direitos individuais indisponíveis, na forma do art. 1º da Lei n. 8.625/1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público).

Nesse sentido, assim como constatado na ACP à qual a presente foi distribuída por dependência, o bem demandado por meio desta ação trata-se de direito individual indisponível, cuja tutela requer sejam envidados todos os esforços para a garantia do direito à vida, em última análise.

III - DO MÉRITO

III.1 - Da aplicação da Lei 9656/98 c/c Resolução Normativa 186 e 279 da Agência Nacional de Saúde

Em virtude da celebração de Convenção Coletiva de Trabalho, o Banco Santander disponibilizou aos seus funcionários a possibilidade de usufruir de plano de assistência médica e hospitalar contratado pelo empregador perante a operadora de plano de saúde Unimed Seguros S.A.

A possibilidade de usufruir do plano de saúde contratado pelo empregador é estendida também aos ex-funcionários da empresa que tenham rescindido seu contrato de trabalho em virtude de demissão sem justa causa ou aposentadoria, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, senão vejamos:

Art 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.

[...]

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do

contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

Contudo, com o deferimento da medida liminar que determinou “a continuidade da prestação dos serviços de saúde por tempo indeterminado, sem quaisquer limites ou condições”, os beneficiários igualaram-se, por analogia, à condição prevista no *caput* do artigo 31 da mencionada lei, bem como artigo 5º da Resolução Normativa nº 279 da ANS, que *in verbis*:

“Art. 5º É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo único. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como beneficiário, à razão

de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.”

Lado outro, verifica-se ainda a total adequação dos fatos ao disposto no artigo 7-C, inciso III, *alínea “b”* da RN/ANS 186, que in verbis:

“Art. 7º-C. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, na forma prevista nesta Resolução, com as seguintes especificidades:

[...]

III - a portabilidade especial de carências deve ser requerida pelo beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado: ([Acrescentado pela RN nº 279, de 24/11/2011](#))

[...]

b) no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

[...]”

Isto posto, considerando-se que a data de validade da carteira dos beneficiários era 30/06/2018, aliado à informação repassada pela funcionária da Unimed Seguros S.A, cuja degravação da conversa já foi requerida, percebe-se que os beneficiários efetivamente tentaram pedir a portabilidade especial de carência sno prazo supramencionado, qual seja,

60 dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário, somente não o fazendo por terem sido, não só induzidos a erro quanto à data para tal procedimento, como impedidos de fazê-lo em razão da recusa da referida funcionária.

Desse modo, é inequívoco que o Sr. Paulo, funcionário aposentado do Banco Santander, e sua esposa, Sra. Anete, faziam jus à assistência médica e hospitalar contratada pelo empregador juntamente com a Unimed Seguro S.A, bem como à portabilidade especial de carências e fornecimento do medicamento junto à Unimed BH.

III.2 - Da Boa-fé Contratual

À luz do Código de Defesa do Consumidor, constata-se que a conduta das partes rés ferem os postulados da Confiança e da Boa-fé Contratual, posto que o consumidor, a partir do momento da contratação de determinado serviço, deposita no vínculo contratual estabelecido a legítima expectativa de que alcançará os fins que dele se espera, ou seja, quem contrata um plano de saúde tem a confiança de que, em caso de necessidade, terá os recursos e cobertura necessários para a realização do tratamento.

Neste diapasão, qualquer comportamento, por parte da Operadora de Saúde ou do Banco que contratou o plano, que frustre as expectativas do consumidor, em desrespeito ao Princípio da Boa-fé deve ser considerado abusivo e, portanto, firmemente rechaçado, em homenagem aos direitos básicos do consumidor, previstos no artigo 6º do mencionado diploma legal:

“Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;

VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;

VII - o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção Jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

IX - (Vetado);

X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.”

Desta forma, por qualquer ângulo que se analise a presente demanda, verifica-se que os réus feriram a Confiança e a Boa-fé dos consumidores Paulo e Anete Zambaldi, tendo em vista que o Banco Santander procedeu à rescisão unilateral do contrato que possuía junto à operadora Unimed Seguros S.A, sendo que nenhum destes fornecedores comunicaram tempestivamente o Sr. Paulo e a Sra. Anete acerca de tal rescisão, para que estes tomassem as devidas providências.

Vale ressaltar que, ainda que se considere o comunicado enviado pela Unimed ao Sr. Paulo informando-o de que no período compreendido entre os dias 01/11/2017 a 01/03/2018 este poderia exercer o direito de portabilidade de carências, há que se levar em consideração **que o Sr.**

Paulo, desde o dia 13/09/2017, tem tentado incansavelmente proceder à portabilidade especial de carências a que tem direito, conforme demonstra o protocolo de atendimento de nº 70120170913011711, sem sucesso, por culpa da Unimed Seguros, que vem criando toda sorte de empecilhos para assim proceder, inclusive com a informação errônea da funcionária que recusou-se a tomar as providências necessárias para a portabilidade, insistindo em que somente poderia ser adotada tal medida na data de vencimento constante da carteirinha dos beneficiários.

Destaca-se, ainda, que, mesmo o Banco Santander tendo efetuado a rescisão unilateral do contrato juntamente à operadora do plano de saúde em 05/03/2018, a Unimed autorizou, em 19/03/2018, a entrega do medicamento requerido pela Sra. Anete, acontecimento este que indica que, faticamente, o contrato de assistência médica e hospitalar continuava válido, produzindo seus efeitos normais perante os mencionados consumidores.

III.3 - Da proteção ao Princípio da Confiança e vedação do *venire contra factum proprium*

O Princípio da Boa Fé Objetiva, enquanto cláusula geral que orienta os contratos civis e consumeristas, abarca em suas diretrizes conformadoras diversos institutos que têm como função precípua tutelar a legítima confiança das partes no regular cumprimento das obrigações assumidas.

Nesse diapasão, a Teoria dos Atos Próprios, também denominada vedação do *venire contra factum proprium*, tem perfeita aplicação ao caso em tela, tendo em vista que

“protege uma parte contra aquela que pretende exercer uma posição jurídica em contradição com

o comportamento assumido anteriormente. Depois de criar uma certa expectativa, em razão de conduta seguramente indicativa de determinado comportamento futuro, há quebra dos princípios de lealdade e de confiança se vier a ser praticado ato contrário ao previsto, com surpresa e prejuízo à contraparte”.¹

Sendo assim, a teoria da boa fé contratual impede que uma das partes adote conduta incoerente com seus próprios atos anteriores, não sendo permitido pugnar por um direito que esteja claramente em contradição com sua conduta anterior interpretada à luz das cláusulas gerais do direito que, por sua vez, são pautadas nos princípios da boa fé e da confiança.

In casu, tem-se que, ao informar aos beneficiários acerca da prorrogação do prazo de duração do plano de saúde ao qual pertenciam e, inclusive, fazendo constar da carteirinha de beneficiário a data de validade até 30/06/2018 e conseqüentemente, impedindo a realização da portabilidade de carências pretendida pelos beneficiários, determinou-se a posição jurídica adotada pela operadora Unimed Seguros S.A naquele momento, demonstrando assim, a assunção de uma conduta, que não poderia ser contrariada por ato posterior.

Ademais, o fornecimento do medicamento utilizado pela beneficiária, Anete Zambaldi, no mês de abril de 2018, sem qualquer ressalva ou informação adicional, confirma, sem qualquer sombra de dúvida, o comportamento adotado pela Operadora de Saúde até então, sendo certo que a exclusão repentina dos beneficiários do plano caracteriza-se como comportamento contraditório, o que viola frontalmente o postulado da boa-fé objetiva.

Desta forma, a vedação do comportamento contraditório toma por inadmissível a demonstração de posição jurídica contrária à conduta

¹ Ruy Rosado de Aguiar Júnior, Extinção dos contratos, cit., p. 251-254

anteriormente adotada, fulminando por inaceitável o modo como procedeu a operadora Unimed Seguros na situação narrada, considerando-se que, em um primeiro momento informou a manutenção do plano de saúde até determinada data, levando os beneficiários a acreditar na informação passada e, posteriormente, adotou posição oposta, excluindo-os do plano sem qualquer aviso prévio, ferindo princípio básico de convivência das relações jurídicas, que se funda na credibilidade, segurança e confiança gerada entre as partes.

Sendo assim, conclui-se que, a partir do momento em que a operadora de saúde em questão, além de informar aos beneficiários a prorrogação do plano de saúde, os impediu claramente de realizar a portabilidade especial de carências naquela oportunidade, esclarecendo a funcionária da Unimed Seguros acerca da existência de momento posterior apropriado para tal providência, gerou neles confiança e legítima expectativa de que tal posicionamento seria mantido e, ao contrariar o ato por si mesmo praticado, quebrou o dever de lealdade, gerando situação de irremediável insegurança jurídica.

No mesmo sentido a jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - SEGURO DE VIDA - REQUISITOS - AUSÊNCIA - PAGAMENTO INDEVIDO - PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - CONCESSÃO - NECESSIDADE. Não restando preenchido o requisito de idade previsto no contrato de plano de saúde aderido pela usuária titular, é indevido o pagamento do seguro de vida ao seu dependente. **Se a operadora do plano de saúde aceitou o autor na qualidade de dependente à época da adesão pela titular, quando o primeiro já tinha idade superior a 24 anos, não pode, agora, ela negar a concessão do benefício ao dependente baseada na referida idade, porque denota venire contra factum**

proprium. Assim, tendo em vista que o dependente figurou na qualidade de dependente durante todo o pacto até o falecimento da titular, é devida a concessão do benefício de Plano de Extensão Assistencial - PEA, na forma contratada. (TJMG - Apelação Cível 1.0056.12.012404-7/001, Relator(a): Des.(a) Luciano Pinto , 17ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 10/04/2018, publicação da súmula em 20/04/2018; grifo nosso)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO - SENTENÇA EXTRA PETITA - INOCORRÊNCIA - PLANO DE SAÚDE - ÁREA DE COBERTURA - ATENDIMENTO COM ABRANGÊNCIA NACIONAL MANTIDO POR MUITOS ANOS - LIMITAÇÃO DA COBERTURA - VENIRE CONTRA FACTUM PROPRIUM - VIOLAÇÃO DA BOA-FÉ. Inexiste nulidade da sentença que julga nos limites do pedido. **A interrupção abrupta e inesperada dos serviços na cidade em que o consumidor reside e sempre foi atendido é abusiva e contrária ao princípio da boa-fé objetiva que visa preservar as legítimas expectativas dos contratantes, exigindo deles condutas pautadas na honestidade e lealdade. O cancelamento do atendimento depois de longos anos fere o princípio venire contra factum proprium (vedação do comportamento contraditório), indo de encontro à boa-fé, além de frustrar a legítima expectativa do consumidor. (TJMG - Apelação Cível 1.0481.13.015195-6/002, Relator(a): Des.(a) Rogério Medeiros , 13ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 17/11/2016, publicação da súmula em 25/11/2016; grifo nosso)**

Em julgamento de recursos repetitivos, o Colendo Superior Tribunal de Justiça também reconheceu a aplicação da vedação ao *venire contra factum proprium* enquanto instituto basilar do Princípio da Confiança e da Boa-Fé Objetiva. Senão vejamos.

PROCESSO CIVIL. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. ARTIGO 543-C, DO CPC. TRIBUTÁRIO. PROCESSO ADMINISTRATIVO FISCAL. PAES. PARCELAMENTO ESPECIAL. [...] EXCLUSÃO DO

CONTRIBUINTE. IMPOSSIBILIDADE.
PROIBIÇÃO DO COMPORTAMENTO
CONTRADITÓRIO (NEMO POTEST VENIRE
CONTRA FACTUM PROPRIUM).[...]

12. Deveras, o princípio da confiança decorre da cláusula geral de boa-fé objetiva, dever geral de lealdade e confiança recíproca entre as partes, sendo certo que o ordenamento jurídico prevê, implicitamente, deveres de conduta a serem obrigatoriamente observados por ambas as partes da relação obrigacional, os quais se traduzem na ordem genérica de cooperação, proteção e informação mútuos, tutelando-se a dignidade do devedor e o crédito do titular ativo, sem prejuízo da solidariedade que deve existir entre ambos.

13. Assim é que o titular do direito subjetivo que se desvia do sentido teleológico (finalidade ou função social) da norma que lhe ampara (excedendo aos limites do razoável) e, após ter produzido em outrem uma determinada expectativa, contradiz seu próprio comportamento, incorre em abuso de direito encartado na máxima nemo potest venire contra factum proprium.

[...]

16. Recurso especial desprovido. Acórdão submetido ao regime do artigo 543-C, do CPC, e da Resolução STJ 08/2008. (REsp 1143216/RS, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 24/03/2010, DJe 09/04/2010; grifo nosso)

III.4 - Da Necessidade de Observância dos Princípios da Informação e da Transparência

Antes de ser simples regra legal, os Princípios da Informação e da Transparência nas relações de consumo, deveres inerentes à prestação dos serviços e consagrados pelo Código de Defesa do Consumidor, encontra-se alçado à categoria de Princípio Fundamental do Direito do Consumidor, insculpido no artigo 4º do CDC:

“Art. 4º da Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990.

*A Política Nacional de Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito a sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a **transparência** e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:
IV - educação e **informação** de fornecedores e consumidores, quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria do mercado de consumo;”*

Tal normatização pretende viabilizar que o processo de compra pelo consumidor, momento em que estabelece uma relação comercial com o fornecedor, ocorra do modo menos danoso possível, inclusive na fase pré-contratual dos contratos de consumo, demonstrando-se, assim, ser um importante desdobramento da incidência da boa-fé objetiva.

Neste sentido também dispõe o artigo 6º, inciso III, do mesmo diploma legal, ao afirmar ser direito básico do consumidor “**a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem**”, de onde se verifica a presença do Princípio da Informação e da Transparência na seara consumerista.

Tal postulado impõe a necessidade de que seja o público consumidor bem informado sobre todas as características importantes das mercadorias, a fim de que possa comparar os produtos e saber exatamente o que esperar e, conseqüentemente, não venha a ser lesado quando manifestar seu desejo de adquirir determinado bem da vida.

Desta forma, Rizzato Nunes assim define o Princípio da Informação:

“Dever de informar: com efeito, na sistemática implantada pelo CDC, o fornecedor está obrigado a prestar todas as informações acerca

do produto e do serviço, suas características, qualidades, riscos, preços e etc., de maneira clara e precisa, não se admitindo falhas ou omissões.”²

Fábio Ulhoa Coelho também preceitua³:

“De acordo com o princípio da transparência, não basta ao empresário abster-se de falsear a verdade, deve ele transmitir ao consumidor em potencial todas as informações indispensáveis à decisão de consumir ou não o fornecimento.”

Em acréscimo, Plínio Lacerda esclarece que

“O princípio da transparência consagra que o consumidor tem o direito de ser informado sobre todos os aspectos de serviço ou produto exposto ao consumo, traduzindo assim no princípio da informação.

Havendo omissão de informação relevante ao consumidor em cláusula contratual, prevalece a interpretação do artigo 47 do CDC, que retrata que as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.”⁴

Desse modo, em clara violação aos princípios da Informação e da Transparência, que determinam que os esclarecimentos sejam repassados aos consumidores de maneira clara e precisa, a funcionária que negligentemente deixou de verificar a exatidão da informação passada, acabou por prejudicar enormemente os beneficiários em questão, haja vista tê-los impedido de exercer seu direito à realização da portabilidade das carências ora pleiteada, gerando neles também a justa expectativa de que poderiam continuar a usufruir dos benefícios de seu plano de saúde.

² NUNES, Rizzato. Curso de Direito do Consumidor. Saraiva, 2005.p.129.

³ COELHO, Fábio Ulhoa. **O crédito ao consumidor e a estabilização da economia**, Revista da Escola Paulista de Magistratura, 1/96, set./dez. 1996.

⁴ MARTINS, Plínio Lacerda. O Abuso nas Relações de Consumo e o Princípio da Boa-fé. 1ª ed. Rio de Janeiro, Forense, 2002.p.104 e 105.

III.5 - Da Responsabilidade pela Prestação de Serviços e da Solidariedade entre os Fornecedores

O artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor dispõe que “o fornecedor de serviços responde, **independentemente da existência de culpa**, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por **informações insuficientes ou inadequadas** sobre sua fruição e riscos”.

Conforme narrado, o fornecedor Unimed Seguros S.A deu causa direta à situação exposta, ao obstaculizar a realização da portabilidade das carências baseado em informações inadequadas em relação à data limite em que o plano de saúde em questão poderia ser usufruído, sendo, portanto, objetivamente responsável.

Ademais, registre-se que o Banco Santander contratou o plano de saúde para seus ex-funcionários, em virtude de Convenção Coletiva de Trabalho, e o próprio banco requereu a exclusão do Sr. Paulo e da Sra. Anete do plano contratado, fato este que indica a responsabilidade solidária entre a Unimed Seguros S.A e o Banco Santander pelos danos ocasionados, nos termos do artigo 18 do Código de Defesa do Consumidor.

“Art. 18. Os fornecedores de produtos de consumo duráveis ou não duráveis respondem solidariamente pelos vícios de qualidade ou quantidade que os tornem impróprios ou inadequados ao consumo a que se destinam ou lhes diminuam o valor, assim como por aqueles decorrentes da disparidade, com a indicações constantes do recipiente, da embalagem, rotulagem ou mensagem publicitária, respeitadas

as variações decorrentes de sua natureza, podendo o consumidor exigir a substituição das partes viciadas[...]"

Nesse sentido, o fato de ambas as empresas terem estabelecido relação contratual para a disponibilização de serviço de saúde aos funcionários e ex-funcionários da instituição financeira, já expõe, por si só, a necessidade das devidas responsabilizações, haja vista seu envolvimento no dano causado aos beneficiários Paulo Sérgio Zambaldi e Anete de Oliveira Lopes Zambaldi.

Lado outro, ainda que não seja o prestador direto do serviço de saúde pleiteado na presente ação, o Banco Santander tem o dever, no mínimo, de zelar pelo correto atendimento dos beneficiários pela operadora de saúde, não só prestando o serviço adequado, mas também respeitando as normas e regramentos típicos deste tipo de atividade, especialmente no que pertine à correção e adequação das informações a serem prestadas a seus funcionários e ex-funcionários, na medida em que firmou negociações e a contratou para tal incumbência.

Noutro aspecto, tem-se que a Lei nº 9.656/2010, que dispõe sobre os planos de seguros privados de assistência à saúde, determina, em seu artigo 31, §1º a possibilidade de permanência dos aposentados no plano de saúde ao qual originariamente vinculados, nos seguintes termos:

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos

coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.”

Tal disposição legal, além de prever uma faculdade aos aposentados, que poderão permanecer no plano caso assumam o pagamento do mesmo, impõe uma obrigação a todos os envolvidos na relação jurídica estabelecida, devendo tanto a Operadora de Saúde contratada quanto a empresa contratante de seus serviços garantir o regular exercício desta faculdade aos ex-funcionários.

Dessa forma, verifica-se inequivocamente que a norma em comento direciona-se a todos que podem garantir seu cumprimento, isto é, a própria operadora, que irá operacionalizar a prestação dos serviços de saúde e a empresa intermediária, que irá certificar-se que os deveres e obrigações determinados quando da contratação do plano empresarial estejam sendo devidamente cumpridos, com o fito de possibilitar que seus ex-funcionários possam usufruir de seus direitos legalmente previstos.

Em caso semelhante aos tratados nestes autos, entendeu-se que a responsabilidade pelo cancelamento indevido de plano de saúde coletivo resulta na responsabilização solidária da parte estipulante e da seguradora, senão vejamos:

CIVIL, CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. REPARAÇÃO DE DANOS. **PLANO DE SAÚDE COLETIVO.** PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE PASSIVA DA RÉ SUL AMÉRICA S/A. PRECLUSÃO. **CANCELAMENTO INDEVIDO DE PLANO DE SAÚDE. PAGAMENTO. NEGATIVA DE ATENDIMENTO. CONDUTA ILÍCITA. OCORRÊNCIA. RESPONSABILIDADE OBJETIVA E SOLIDÁRIA. ESTIPULANTE. SEGURADORA. LEI Nº 9.656/98. INCIDÊNCIA.** DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. QUANTUM. FIXAÇÃO. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. MANUTENÇÃO.

DESCUMPRIMENTO DE DECISÃO ANTECIPATÓRIA DOS EFEITOS DA TUTELA. ATO ATENTATÓRIO À DIGNIDADE DA JUSTIÇA. CONFIGURAÇÃO. MULTA DEVIDA. REPETIÇÃO DE INDÉBITO. INTERESSE RECURSAL. AUSÊNCIA. MULTA DIÁRIA. QUANTUM. MANUTENÇÃO. HONORÁRIOS. REDUÇÃO. DESCABIMENTO. SENTENÇA MANTIDA.

1 - Tendo a questão relativa à ilegitimidade ativa ad causam sido rechaçada por meio de decisão interlocutória a que não se impugnou por meio de recurso cabível, tem-se por operada a preclusão, nos termos do art. 473 do CPC/73. Preliminar rejeitada.

2-Nos contratos de adesão que versam sobre planos de saúde, a responsabilidade da Seguradora e da Estipulante é solidária e objetiva, nos termos do disposto nos artigos 14 e 34 do CDC, habilitando o consumidor a demandar contra todos ou qualquer um dos responsáveis pela prestação do serviço.

3- O plano de saúde coletivo por adesão, embora não se submeta a todos os regramentos dirigidos aos planos de saúde individuais e familiares, também é regido pelas disposições da Lei nº 9.656/98, sujeitando-se à fiscalização e às regulamentações editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

[...]

(TJDFT. Acórdão n.977862, 20140910000935APC, Relator: ANGELO PASSARELI 5ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 26/10/2016, Publicado no DJE: 23/01/2017. Pág.: 1398/1409). (Grifo nosso).

Assim, por qualquer ângulo que se analise a presente situação, tem-se que o Banco Santander e a Unimed Seguros S.A são corresponsáveis pelos danos ocasionados aos consumidores Paulo e Anete, em razão da exclusão destes do plano de saúde formado por ex-funcionários.

Nesse mesmo sentido, tem-se também que a responsabilidade da operadora Unimed BH pelos fatos ora narrados é patente, não obstante tenha se envolvido na presente situação somente quando da tentativa da realização da portabilidade de carências pelos beneficiários, posto que recusou-se a adotar as providências necessárias para tanto.

Tal conclusão deve-se ao fato de que, a partir do momento em que negou de forma desarrazada a realização da portabilidade das carências dos consumidores em questão, deu causa à atual situação de vulnerabilidade em que se encontram os consumidores no presente

momento.

Sob este aspecto, importa salientar que, o Ministério Público, ao tomar ciência da negativa da Unimed BH em proceder à portabilidade pretendida, sob o argumento da necessidade de emissão, pela Unimed Seguros, de declaração em que constasse a data da exclusão dos beneficiários do plano de saúde a que pertenciam, imediatamente instaurou procedimento administrativo (Investigação Preliminar nº 0024.18.008141-6) para apurar tal conduta, oportunidade em que foi a Operadora de Belo Horizonte esclarecida por duas vezes acerca da inexistência de previsão de data de exclusão dos beneficiários do plano de origem, tendo em vista que o plano em questão encontrava-se ativo por prazo indeterminado por força de medida liminar em vigor (documento em anexo).

Sendo assim, ante a participação de fundamental importância da Unimed BH, que obstaculizou a realização da portabilidade especial de carências de forma desarrazoada, sob justificativa não aplicável ao presente caso concreto (documento em anexo) - atrai-se, inexoravelmente, a aplicação dos artigos 7º, parágrafo único, 25, §1º e 35, *caput* do Código de Defesa do Consumidor:

“Art. 7º Os direitos previstos neste código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costumes e equidade.

Parágrafo único. Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo.

Art. 25. É vedada a estipulação contratual de cláusula que impossibilite, exonere ou atenua a

obrigação de indenizar prevista nesta e nas seções anteriores.

§ 1º Havendo mais de um responsável pela causação do dano, todos responderão solidariamente pela reparação prevista nesta e nas seções anteriores.

§ 2º Sendo o dano causado por componente ou peça incorporada ao produto ou serviço, são responsáveis solidários seu fabricante, construtor ou importador e o que realizou a incorporação.

Art. 34. O fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos.”

III. 6 - DA NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DA PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIA DO PLANO DE ORIGEM (UNIMED SEGUROS S.A) PARA PLANO DE DESTINO MANTIDO PELA UNIMED BH.

Salienta-se que o objetivo precípua da presente demanda refere-se à necessidade de realização da portabilidade especial das carências já regularmente cumpridas, do plano de saúde mantido pela Unimed Seguros (plano de origem), para a operadora de saúde Unimed BH - Cooperativa de Trabalho Médico (plano de destino), garantindo-se assim, de modo definitivo, a cobertura dos beneficiários, em atenção ao disposto no artigo 7-C da Resolução Normativa nº 189 da Agência Nacional de Saúde.

Conforme demonstrado nos autos da Ação Civil Pública nº 5047673-62.2018.8.13.0024, foi o Sr. Paulo Zambaldi não só induzido a erro como impedido de realizar a portabilidade de sua carência na data prevista, em decorrência da recusa da funcionária da operadora Unimed Seguros S.A em assim proceder, sob o argumento de que tal providência somente poderia ser adotada em data posterior, qual seja, 30/06/2018, e não naquele momento, tendo em vista a extensão do prazo de validade de

seu plano de saúde até junho de 2018, conforme consta de sua carteirinha de beneficiário.

Consoante relatado, quando do cumprimento da liminar deferida nos autos da Ação Civil Pública já mencionada, a operadora Unimed Seguros S.A realizou a reativação do plano ao qual os consumidores em questão estavam vinculados, de modo a dar continuidade à prestação dos serviços de saúde, nos termos determinados pela medida de urgência, sem quaisquer limites e condições.

A partir de então, o Sr. Paulo Zambaldi novamente tentou obter a concretização da portabilidade das carências de seu plano mantido pela Unimed Seguros, que se encontrava regularmente ativo por força da liminar, para outro plano de saúde de qualidade equivalente da prestadora Unimed BH.

No entanto, pela via administrativa os beneficiários não obtiveram êxito, tendo em vista que a Unimed BH - Cooperativa de Trabalho Médico, em relação ao pedido de portabilidade formulado, recusa-se à assim proceder, o fazendo sob o argumento da necessidade de comprovação da data de exclusão do solicitante de seu plano de saúde anterior (documento em anexo).

Com o fito de aferir a tempestividade do pedido de portabilidade dos beneficiários em questão, exigiu a operadora de saúde Unimed BH a apresentação de declaração do plano de origem em que constasse a data de exclusão dos beneficiários, tendo sido informada não só pelo Sr. Paulo Zambaldi como pelo Ministério Público, conforme já salientado, que não havia previsão de data de exclusão dos beneficiários em virtude de decisão judicial, ainda em vigor, que determinou *“a continuidade dos benefícios e serviços do contrato anterior, sem qualquer tipo de prazo de carência e limitação”*.

Sendo assim, ante os fatos narrados, que demonstram a não realização da portabilidade especial de carência do plano de saúde dos beneficiários pela via administrativa, verifica-se não ser possível atribuir ao Sr. Paulo e à sua dependente a responsabilidade pela situação atualmente delineada.

Dessa forma, ressalta-se que os beneficiários em questão, durante o desenrolar de todas as circunstâncias demonstradas - incluindo-se a conduta da preposta da Unimed Seguros S.A, que além de induzi-los a erro, acabou por sumariamente impedi-los de realizar a portabilidade dentro do prazo previsto - têm sido constantemente prejudicados pelas condutas dos réus, haja vista ter sido indevidamente tolhido de exercer regularmente seu direito à portabilidade especial de carências.

IV - DO PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA ANTECIPADA

Conforme exposto acima, a Sra. Anete é beneficiária de plano de saúde e possui diagnóstico de **Leucemia Mielóide Crônica**, fazendo uso contínuo do Medicamento TASIGNA 200mg, o qual solicitava mensalmente à sua operadora Unimed Seguros S.A

Contudo, **em 05/04/2018**, ao solicitar o medicamento em questão, **fora surpreendida com a notícia de que o plano de saúde ao qual era vinculada havia sido extinto por solicitação do Banco Santander no dia 05/03/2018, sendo certo que, em 19/03/2018, mesmo após a extinção do plano, a Unimed autorizou o fornecimento do medicamento em questão à beneficiária Anete.**

Considerando-se que o **medicamento Tasigna, do qual a Sra. Anete faz uso contínuo e é fornecido mensalmente, de modo que a interrupção de seu tratamento pode ocasionar-lhe danos à saúde**, mostra-se necessária a tempestiva atuação da Justiça, objetivando assegurar à beneficiária em questão o devido acesso ao serviço de saúde

adequado, sendo certo que a prestação jurisdicional tardia não é Justiça, mas “injustiça manifesta”.

Dessa forma, a demora fisiológica do processo é suficiente para que, ao final do longo *iter* processual, ainda que seja julgado procedente o pedido, o mesmo não tenha qualquer utilidade prática, a caracterizar, assim, verdadeira denegação do acesso à Justiça, com prejuízo do disposto no art. 5º, XXXV, da CR/88.

Destarte, mostra-se patente o perigo de dano (art. 300, *caput*, CPC/2015), a justificar deferimento da medida jurisdicional imediatamente, a fim de assegurar os interesses da Sra. Anete, que encontra-se tomada por enfermidade gravíssima, cujo tratamento depende sobremaneira da concretização do pedido de portabilidade especial de carência ora pleiteado.

De outro lado, a probabilidade do direito (art. 300, *caput*, CPC/2015) está demonstrada pelos documentos acostados à presente inicial, sendo inquestionável o direito da beneficiária Sra. Anete ao fornecimento de medicamento Tasigna 200mg pelos réus, bem como a concretização da portabilidade especial de carências do plano de origem, mantido pela Unimed Seguros S.A, para o plano de destino (a ser contratado com a Unimed BH).

Ademais, não há perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão de natureza antecipada (art. 300, § 3º, CPC/2015), mas, ao contrário, existe irreversibilidade da condição de saúde da beneficiária, caso os réus deixem de fornecer o medicamento mensalmente solicitado pela Sra. Anete.

Outrossim, ressalte-se que, conforme noticiado pelo Sr. Paulo Zambaldi, os comprimidos do medicamento utilizado no tratamento da saúde de sua esposa, Anete Zambaldi, irão terminar

na próxima quinta-feira, dia 16 de agosto de 2018, motivo pelo qual caso não seja determinada a conclusão da portabilidade pretendida, com o prosseguimento do fornecimento do fármaco e demais procedimentos a que ela está sendo submetida, sua condição de saúde irá agravar-se abruptamente, ocasionando grave e iminente risco à sua vida.

Finalmente, registre-se que a Unimed Seguros vem agindo de má-fé com os beneficiários, na medida em que, no dia 10/08/2018, às 10h35min, conforme o protocolo nº 70120180810266231, a funcionária de nome Luci atendeu ligação do Sr. Zambaldi e, acerca de sua indagação quanto ao fornecimento do medicamento necessário ao tratamento de sua esposa, recebeu as informações de que a referida operadora havia procedido à extinção do plano de saúde dos beneficiários e conseqüentemente, cessado o fornecimento da medicação porque a liminar concedida pelo juiz da 2ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte fora proferida somente contra o Banco Santander, o que, à toda prova e evidência, é inverídico.

Em conclusão, pugna o Ministério Público pela concessão da tutela de urgência antecipada, determinando-se aos réus que procedam à portabilidade especial das carências dos beneficiários do plano de origem para plano de destino mantido pela operadora Unimed BH, com o fornecimento imediato do medicamento Tasigna 200mg à beneficiária **Anete de Oliveira Lopes Zambaldi**, para a continuidade de seu tratamento de saúde, sob as penas da lei.

V - PEDIDOS

Ante o exposto, requer o Ministério Público, após a autuação desta petição:

- a) O deferimento do **pedido de tutela de urgência de natureza**

antecipada, sem oitiva prévia da parte contrária, intimando-se os requeridos **UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A E UNIMED BH - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** para que procedam, no prazo de 24 horas, à portabilidade especial das carências dos beneficiários Paulo Sérgio Zambaldi e Anete Zambaldi do plano de saúde de ex-funcionários do qual estes consumidores faziam parte, para plano de saúde mantido pela operadora Unimed BH, de modo que os serviços de saúde disponibilizados pelo novo plano possam ser prontamente utilizados, sem qualquer carência adicional e, conseqüentemente, seja fornecido mensalmente, também em 24 horas, por tempo indeterminado, **o medicamento Tasigna 200mg à beneficiária Anete de Oliveira Lopes Zambaldi, que acabará na próxima quinta-feira, dia 16 de agosto de 2018,** com a ressalva de crime de desobediência, por eventual descumprimento;

- b) A citação dos requeridos, por meio de seus representantes legais;
- c) Seja, ao final, julgada procedente a ação, condenando-se os requeridos **UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A E UNIMED BH - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** à realização da portabilidade especial das carências dos beneficiários Paulo Sérgio Zambaldi e Anete Zambaldi do plano de saúde de ex-funcionários do qual estes consumidores faziam parte, para plano de saúde equivalente mantido pela operadora Unimed BH, de modo que os serviços de saúde disponibilizados pelo novo plano possam ser prontamente utilizados, sem qualquer carência adicional, bem como seja fornecido mensalmente, por tempo indeterminado, **o medicamento Tasigna 200mg à beneficiária Anete de Oliveira Lopes Zambaldi, que**

acabará na próxima quinta-feira, dia 16 de agosto de 2018 nos termos dos artigos 30 e 31 Lei 9656/98 c/c o art. 7-C da Resolução Normativa 186 e Resolução Normativa 279 da Agência Nacional de Saúde.

d) **Seja a presente ação reunida à Ação Civil Pública nº 5047673-62.2018.8.13.0024, nos termos do artigo 55, §3º para julgamento, a fim de se evitar a prolação de decisões contraditórias.**

O Ministério Público pugna pela produção de todos os meios de prova em direito admitidos, **especialmente pela degravação do áudio das ligações registradas sob os Protocolos de nº 70120170913011711 e 70120180810266231 pela Operadora Unimed Seguros, na qual é comprovado que o Sr. Paulo foi, não só induzido a erro, como impedido de realizar a portabilidade especial de carência, bem como a referida ma-fé da operadora em questão.**

Dá-se à causa o valor de R\$ 164.913,24 (cento e sessenta e quatro mil, novecentos e treze reais e vinte e quatro centavos) como sendo a estimativa do valor de uma prestação anual do medicamento em questão a ser fornecido por tempo indeterminado, somado ao valor anual pago pelos beneficiários no plano de saúde de origem, nos termos do artigo 292, §§1º e 2º do Novo CPC.

Belo Horizonte, 13 de agosto de 2018.

Andréa de Figueiredo Soares
Promotora de Justiça de Defesa do Consumidor