

Plano de saúde - Sistema Unimed - Teoria das redes contratuais - Denúnciação da lide - Vedação legal - Art. 88 do CDC - Contratação anterior à Lei 9.656/98 - Legalidade das cláusulas limitativas - Inaplicabilidade da Lei 9.656/98 - Cláusula limitativa de fornecimento de prótese necessária a outro procedimento coberto - Ilegalidade

Ementa: Direito do consumidor e direito processual civil. Legitimidade passiva. Sistema Unimed. Teoria das redes

contratuais. Denúnciação da lide. Vedação. Art. 88 do CDC. Contrato com operadora de planos de saúde anterior à Lei 9.656/98. Legalidade de cláusulas limitativas. Inaplicabilidade da Lei 9.656/98 ao contrato anterior à sua vigência, que não realizou a migração. Ilegalidade de cláusula que limita a cobertura de prótese necessária a outro procedimento coberto.

- A teoria da aparência e a teoria das redes contratuais impõem que se considerem solidariamente obrigados quaisquer dos integrantes do sistema Unimed de prestação de planos de saúde. O consumidor, ao contratar com a Unimed Juiz de Fora, adquire direito ao uso de serviços médicos de suposto sistema Unimed de planos de saúde, o qual lhe acarreta direitos e vantagens e torna mais competitivos os produtos de seus afiliados. As operadoras de plano de saúde estão submetidas à incidência do CDC, sendo entendimento do STJ que “tratando-se de relação de consumo, protegida pelo Código de Defesa do Consumidor, descabe a denúnciação da lide, a teor do art. 88 do CDC”. Apesar de aparentemente válida a cláusula que limita a cobertura em relação ao custeio de determinadas próteses, não pode o contrato de plano de saúde negar o seu custeio, se necessária a procedimento expressamente coberto pelo plano de saúde. Entender de forma contrária seria, por via reflexa, impedir a consecução do contrato, ferindo o princípio da boa-fé objetiva aplicável às relações entre operadora e usuário.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0145.12.032428-3/001 - Comarca de Juiz de Fora - Apelante: Unimed Juiz de Fora - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. - Apelados: Jomar Lazzarini, Ivete Santos Lazzarini e outros - Relator: DES. ÁLVARES CABRAL DA SILVA

Acórdão

Vistos etc., acorda, em Turma, a 10ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos, à unanimidade, em REJEITAR AS PRELIMINARES E, NO MÉRITO, NEGAR PROVIMENTO À APELAÇÃO.

Belo Horizonte, 25 de junho de 2013. - *Álvares Cabral da Silva* - Relator.

Notas taquigráficas

DES. ÁLVARES CABRAL DA SILVA - Adoto o relatório do juízo *a quo* (f.150/151), por representar fidedignamente os fatos ocorridos em primeira instância.

Trata-se de apelação interposta por Unimed Juiz de Fora - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., às f. 162/176, contra a r. sentença de f. 150/158, proferida pelo MM. Juiz de Direito da 3ª Vara Cível da Comarca de Juiz de Fora, nos autos da ação de obrigação de fazer para cumprimento forçado de contrato de plano de saúde c/c pedido de antecipação de tutela específica e ante-

cipada, julgada procedente para “tornar subsistente a liminar, declarando a inaplicabilidade da cláusula limitadora da cobertura de prótese para o caso descrito no exórdio, devendo a requerida suportar em definitivo todo o tratamento prescrito”.

Em suas razões recursais, assevera a ré, ora apelante, que merece ser substituída a sentença *a quo*, argumentando que:

a) é parte ilegítima para figurar no polo passivo da demanda, visto que “os apelados não têm relação jurídica alguma com a Unimed Juiz de Fora, mas sim com a CAA/MG, responsável pela contratação do plano de saúde, e com a Unimed Belo Horizonte, responsável pela prestação de serviços de assistência à saúde”;

b) a sentença é nula, “uma vez que não foi apreciado o pedido de denúnciação da lide à CAA/MG e à Unimed Belo Horizonte”;

c) no mérito, “a apelante, Unimed Juiz de Fora, jamais negou o pedido realizado pelos apelados; somente repassou a informação recebida da Unimed Belo Horizonte aos mesmos, através do setor de intercâmbio”, sendo que os apelados são “vinculados a um plano não regulamentado, que não gera direito à prótese pretendida pelos mesmos, uma vez que existe exclusão expressa de acordo com a cláusula VII, item 7.1, alínea n, do contrato juntado aos autos”;

d) “os apelados buscam amparo para sua pretensão na Lei 9.656/98; entretanto, o contrato em questão foi pactuado antes da vigência da referida lei e, portanto, trata-se de plano de saúde não regulamentado pela referida legislação, que, destaque-se, só incide e tem aplicação aos contratos celebrados a partir de sua vigência”;

e) a cobertura pretendida pelos apelados extrapola os limites contratuais.

Devidamente intimados, os apelados Ivete Santos Lazzarini e Jomar Lazzarini quedaram-se inertes, conforme certidão de f. 180.

Este é o breve relatório.

I - Preliminares.

I - A - Legitimidade passiva. Sistema Unimed. Teoria das Redes Contratuais.

Ab initio, deve-se ressaltar que o consumidor, ao contratar com a Unimed Belo Horizonte, por meio da CAA/MG, que administra o contrato, adquire direito ao uso de serviços médicos de suposto Sistema Unimed de planos de saúde, o qual lhe acarreta direitos e vantagens e torna mais competitivos os produtos de seus afiliados, inclusive o da ré Unimed Juiz de Fora.

Não é de outro modo que a publicidade das Unimedsp espalhadas por todo o país estampa as mesmas cores, os mesmos símbolos, os mesmos planos de cobertura, não se apresentando as unidades isoladas de alcance regional ou local apenas como meras partes independentes de um grande sistema, mas como integrantes de uma grande rede de prestação de serviços de

saúde, elemento de credibilidade na captação de clientela e valorização da identidade comercial.

Dessa relação de cumplicidade entre as Unimed deduz-se o liame econômico financeiro obtido por conta da rede. De fato, os esforços comuns entendidos entre os integrantes do sistema, por exemplo, constituem elemento essencial ao oferecimento dos produtos ao consumidor, o qual em todas as empresas do sistema depositou sua confiança quando da contratação.

Essa é a melhor orientação pretoriana do col. Superior Tribunal de Justiça, calcada na aplicação da teoria da aparência às relações de consumo. Veja-se:

Processual civil. Consórcio. Teoria da aparência. Legitimidade passiva reconhecida. - A empresa que, segundo se alegou na inicial, permite a utilização da sua logomarca, de seu endereço, instalações e telefones, fazendo crer, através da publicidade e da prática comercial, que era responsável pelo empreendimento consorcial, é parte passiva legítima para responder pela ação indenizatória proposta pelo consorciado fundamentada nesses fatos. Recurso conhecido e provido (RT 785/181).

A denominada Teoria das Redes Contratuais explica perfeitamente a questão, colocando no mesmo lugar as Unimed locais e a associação representativa das mesmas:

Isto porque, por meio dessa teoria, busca-se reconhecer que, entre contratos aparentemente diversos (tal como seriam o compromisso de compra e venda e o contrato de financiamento), pode haver um determinado vínculo capaz de gerar consequências jurídicas autônomas em relação aos efeitos tradicionais desses contratos. Em outras palavras: reconhece-se que dois ou mais contratos estruturalmente diferenciados (entre partes diferentes e com objeto diverso) podem estar unidos, formando um sistema destinado a cumprir uma função prático-social diversa daquela pertinente aos contratos singulares individualmente considerados (LEONARDO, Rodrigo Xavier. A teoria das redes contratuais e a função social dos contratos. *Revista dos Tribunais*, v. 832. São Paulo: RT, fev. 2005).

Na esteira desse entendimento, já se manifestou esta eg. 10ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, em acórdão de minha relatoria, veja-se:

Ação ordinária. Teoria da aparência. Teoria das redes contratuais. Boa-fé. Solidariedade. Plano de saúde. Contrato de adesão. Incidência do Código de Defesa do Consumidor. Negativa de cobertura. *Stent*. Cláusula abusiva. Cláusula genérica. Honorários advocatícios. Valor razoável. - A teoria da aparência e a teoria das redes contratuais impõem que se considerem solidariamente obrigados quaisquer dos integrantes do sistema Unimed de prestação de planos de saúde. O consumidor, ao contratar com a CAA/MG e a Unimed BH, adquire direito ao uso de serviços médicos de suposto sistema Unimed de planos de saúde, o qual lhe acarreta direitos e vantagens e torna mais competitivos os produtos de seus afiliados. É indiscutível a incidência das disposições do Código de Defesa do Consumidor nas relações contratuais entre usuário e operadora de planos de saúde. As cláusulas restritivas ao direito do consumidor devem ser interpretadas da forma menos gravosa a este, não sendo razoável que o aderente a plano de saúde veja-se desamparado no

momento em que mais precise da prestação do serviço, motivo pelo qual deve ser excluída a referida cláusula que restringe os procedimentos médicos. A cláusula do contrato de plano de saúde que exclui da cobertura os aparelhos destinados a próteses e órteses não alcança o implante do *stent*, já que inexistente um consenso acerca de sua natureza.

- A exclusão genérica de 'próteses' prevista no contrato de seguro-saúde é nula de pleno direito, por colocar o consumidor em desvantagem exagerada, contrariando o princípio da boa-fé, de acordo com o inciso IV do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor. Preliminar rejeitada e recurso não provido (Apelação Cível 1.0702.05.198571-2/001, Rel. Des. Cabral da Silva, 10ª Câmara Cível, julgamento em 02.06.2009, publicação da súmula em 31.07.2009).

Assim, aplicável a Teoria das Redes Contratuais e a consequente solidariedade, capaz de atrair a aplicação do art. 25, § 1º, do CDC e a invalidade de qualquer disposição que impeça que o autor, mesmo havendo contratado seu plano de saúde junto à Unimed BH, considere-se contratado pela Unimed Juiz de Fora.

I - B - Denúnciação da lide à CAA/MG e da Unimed Belo Horizonte. Impossibilidade. Art. 88 do CDC.

Suscita a ré, ora apelante, a preliminar de nulidade da sentença por ausência de denúnciação da lide à Unimed Belo Horizonte e à Caixa de Assistência dos Advogados de Minas Gerais - CAA/MG, que seriam as partes com quem contrataram os autores, ora apelados.

Com a devida vênia, as operadoras de plano de saúde estão submetidas à incidência do CDC, sendo entendimento do col. Superior Tribunal de Justiça que, "tratando-se de relação de consumo, protegida pelo Código de Defesa do Consumidor, descabe a denúnciação da lide, a teor do art. 88 do CDC" (AgRg no AREsp 195.165/MG, Rel. Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, julgado em 23.10.2012, DJe de 14.11.2012).

Assim, rejeita-se a preliminar de denúnciação da lide.

II - Mérito.

A questão posta é simples, e já foi reiteradamente analisada, por decisões de todas as instâncias judiciais: a situação na qual o usuário possui contrato anterior à Lei 9.656/98 (Contrato de 25.10.1994) e, por isso, tem a cobertura de procedimento cirúrgico autorizada sem que, todavia, seja também autorizada a cobertura de órteses e próteses necessárias à consecução daquele procedimento.

De fato, aos contratos de planos de saúde celebrados anteriormente à Lei 9.656/98, quando não migrados por vontade do usuário, não se aplicam as suas disposições e tampouco a cobertura mínima nela prevista. Ainda na vigência do revogado Código Civil, já se previa, no art. 1.432 ("Art. 1.432. Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizá-la do prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato."), repetido no Código Civil de 2002 no art. 757 ("Art. 757. Pelo contrato de seguro, o segurador

se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados.”), que o contrato de seguro terá como cobertura apenas riscos predeterminados pactuados em contratos.

Assim, caso não haja a migração para o plano de saúde, nos moldes da Lei 9.656/98, não será a mesma aplicável quanto à sua cobertura.

In casu, observa-se que, apesar de aparentemente válida a cláusula que limita a cobertura em relação ao custeio de determinadas próteses, não pode o contrato de plano de saúde negar o seu custeio, se necessária a procedimento expressamente coberto pelo plano de saúde. Entender de forma contrária seria por via reflexa impedir a consecução do contrato, ferindo o princípio da boa-fé objetiva aplicável às relações entre operadora e usuário.

Este é o entendimento do col. Superior Tribunal de Justiça, *verbi gratia*:

Direito civil e consumidor. Seguro saúde. Contratação anterior à vigência do CDC e à Lei 9.656/98. Existência de trato sucessivo. Incidência do CDC, mas não da Lei 9.656/98. Boa-fé objetiva. Prótese necessária à cirurgia de angioplastia. Ilegalidade da exclusão de *stents* da cobertura securitária. Dano moral configurado. Dever de reparar os danos materiais. - As disposições da Lei 9.656/98 só se aplicam aos contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como para os contratos que, celebrados anteriormente, foram adaptados para seu regime. A Lei 9.656/98 não retroage, entretanto, para atingir o contrato celebrado por segurados que, no exercício de sua liberdade de escolha, mantiveram seus planos antigos sem qualquer adaptação. - Embora o CDC não retroaja para alcançar efeitos presentes e futuros de contratos celebrados anteriormente a sua vigência, a legislação consumerista regula os efeitos presentes de contratos de trato sucessivo e que, por isso, foram renovados já no período de sua vigência. - Dada a natureza de trato sucessivo do contrato de seguro saúde, o CDC rege as renovações que se deram sob sua vigência, não havendo que se falar aí em retroação da lei nova. - A cláusula geral de boa-fé objetiva, implícita em nosso ordenamento antes da vigência do CDC e do CC/2002, mas explicitada a partir desses marcos legislativos, impõe deveres de conduta leal aos contratantes e funciona como um limite ao exercício abusivo de direitos. - O direito subjetivo assegurado em contrato não pode ser exercido de forma a subtrair do negócio sua finalidade precípua. Assim, se determinado procedimento cirúrgico está incluído na cobertura securitária, não é legítimo exigir que o segurado se submeta a ele, mas não instale as próteses necessárias para a plena recuperação de sua saúde. - É abusiva a cláusula contratual que exclui de cobertura a colocação de *stent*, quando este é necessário ao bom êxito do procedimento cirúrgico coberto pelo plano de saúde. Precedentes. - Conquanto geralmente nos contratos o mero inadimplemento não seja causa para ocorrência de danos morais, a jurisprudência desta Corte vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada. Recurso especial a que

se dá parcial provimento (REsp 735168/RJ - Relatora Ministra Nancy Andrichi - DJe de 26.032008).

Consumidor. Plano de saúde. Cláusula limitativa de fornecimento de próteses. Inaplicabilidade. Cirurgia cujo sucesso depende da instalação da prótese. - 1. Malgrado válida, em princípio, a cláusula limitativa de fornecimento de próteses, prevendo o contrato de plano de saúde, no entanto, a cobertura de determinada intervenção cirúrgica, mostra-se inaplicável a limitação caso a colocação da prótese seja providência necessária ao sucesso do procedimento. 2. No caso, é indispensável a colocação de próteses de platina para o êxito da cirurgia decorrente de fratura de tíbia e maléolo. 3. Recurso especial conhecido e provido (REsp 873226/ES - Relator Ministro Luis Felipe Salomão - DJe de 22.02.2011).

Assim, constata-se a ilegalidade da negativa de cobertura das próteses, devendo a operadora de plano de saúde implementar todos os meios materiais necessários à perfeita cobertura dos serviços prestados pelo plano de saúde, incluindo as próteses e órteses indispensáveis ao sucesso da intervenção cirúrgica.

III - Conclusão.

Ex positis, rejeito as preliminares de ilegitimidade passiva e de denunciação da lide e, no mérito, nego provimento à apelação aviada.

Custas, pelo réu.

DES. GUTEMBERG DA MOTA E SILVA - De acordo com o Relator.

DES. VEIGA DE OLIVEIRA - De acordo com o Relator.

Súmula - RECURSO NÃO PROVIDO.