

Apelação Cível nº 0033667-47.2015.8.19.0001

Apelante: UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA

Apelado: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Juízo de Origem: 1ª Vara Empresarial da Comarca da Capital

Relator: JDS. Des. Isabela Pessanha Chagas

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO COLETIVA DE CONSUMO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO DA PARTE RÉ. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO CONFIGURADA. SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO EM CLÍNICA CONVENIADA QUE NÃO FOI DEVIDAMENTE INFORMADO AOS CONSUMIDORES. NEGATIVAS DE ATENDIMENTO. SENTENÇA QUE SE MANTÉM. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO.

- 1- Art. 81 da Lei 8.078/90. A defesa dos interesses e direitos dos consumidores e das vítimas poderá ser exercida em juízo individualmente, ou a título coletivo. Parágrafo único. A defesa coletiva será exercida quando se tratar de: III - interesses ou direitos individuais homogêneos, assim entendidos os decorrentes de origem comum. Art. 82. Para os fins do art. 81, parágrafo único, são legitimados concorrentemente: I - o Ministério Público,;
- 2- Art. 97 da Lei 8.078/90. A liquidação e a execução de sentença poderão ser promovidas pela vítima e seus sucessores, assim como pelos legitimados de que trata o art. 82;
- 3- In casu, Sustenta o Parquet que foi instaurado inquérito civil, tendo sido apurado que, em virtude de problemas financeiros, a empresa ré não tem realizado sua contrapartida no contrato avençado entre esta e a Policlínica de Botafogo, tendo a unidade deixado de

atender aos pacientes oriundos da operadora ré. Narra que a demandada, nos autos do inquérito, confirmou que o atendimento na clínica se encontrava suspenso, mas, ao mesmo tempo, a unidade é informada pela ré como opção para tratamento;

- 4- Legitimidade do Ministério Público. Frise-se que, ainda que o direito em questão possa ser divisível e disponível por cada segurado que tenha sido lesado pela condutada ré/apelante, o direito também não deixa de ser homogêneo, sendo que a extensão dos seus danos reclama a proteção por meio de processo coletivo;
- 5- Competência da Justiça Estadual. A Agência Nacional de Saúde é órgão fiscalizador da atuação das operadoras do plano de saúde, não havendo razão para a sua inclusão nos autos na qualidade de litisconsorte passivo;
- 6- A própria parte ré/apelante afirma a suspensão dos serviços na Policlínica de Botafogo, sendo certo que o atendimento, de acordo com as provas, ficou suspenso pelo período de dezembro de 2014 a 13/02/2015, o que confirma a falha na prestação do serviço da operadora ré durante aquele prazo, principalmente pela falha no dever de informar (artigo 6º, III do CDC);
- 7- Precedentes: 0012726-51.2011.8.19.0087 – APELAÇÃO Des(a). INÊS DA TRINDADE CHAVES DE MELO - Julgamento: 24/09/2012 - VIGÉSIMA CÂMARA CÍVEL e 0049235-15.2011.8.19.0205 - APELAÇÃO Des(a). JUAREZ FERNANDES FOLHES - Julgamento: 07/10/2013 - DÉCIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL;
- 8- Negado provimento ao recurso.

A C Ó R D ã O

Vistos, discutidos e examinados estes autos, ACORDAM os Desembargadores da Vigésima Quinta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por unanimidade de votos, em negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Relator.

Rio de Janeiro, 02 de agosto de 2017.

VOTO DO RELATOR:

Trata-se de Ação Civil Coletiva proposta por MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO em face de UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA.

Em homenagem à celeridade processual, prestigia-se a sentença de Juízo de 1º grau (pasta 000790):

“MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ajuizou a presente AÇÃO CIVIL PÚBLICA em face da UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA., alegando o autor, em resumo, ter sido instaurado o procedimento administrativo REG. 1.004/2014 para averiguação de reclamação consumerista em relação à falha de prestação de serviço de seguro de saúde de forma adequada, pois o estabelecimento Policlínica Botafogo estaria recusando atendimento médico-hospitalar por falta de cobertura de segurados parte ré. Sustenta ser possível a substituição de hospitais credenciados, desde que observados os requisitos do art. 17 da Lei nº 9.656/98. Aduz ter havido ausência de informação, bem como inobservância do princípio da boa-fé objetiva dando azo à possibilidade de rescisão contratual por parte do consumidor. Requereu, ao final, a procedência do pedido, além das cominações de estilo. A inicial veio instruída com o respectivo inquérito civil.

Decisão indeferindo a antecipação de tutela entendendo por encontrar-se ausente o periculum in mora, uma vez que o serviço de otorrinolaringologia oferecido pela Policlínica Botafogo não é único havendo outros capazes de oferecer atendimento especializado (fls. 14/15).

Citada regularmente, a ré ofereceu contestação (fls. 19/51), alegando, em preliminar, a ilegitimidade ativa ad causam do MPRJ por inexistência de direitos coletivos, indivisíveis ou indetermináveis, a inadequação da via eleita, nos termos do art. 295, V CPC/73, a incompetência absoluta da justiça estadual em razão do litisconsorte passivo necessário da Agência Nacional de Saúde, ANS (art. 109, I, CRFB/88 c/c art. 47, CPC/73) e a falta de interesse de agir em razão da inexistência de descredenciamento da Policlínica de Botafogo, e, no mérito, em resumo, sustenta a inexistência de descredenciamento da Policlínica de Botafogo vez que o atendimento encontra-se normalizado havendo, portanto, ausência de ato ilícito; que possui em sua rede de credenciadas outras clínicas que podem dar continuidade ao tratamento de seus beneficiários; e que não existe dever de indenizar em virtude de inexistir qualquer ato ilícito nos termos do art. 187 e 927 CC/02, seja na qualidade de danos morais coletivos ou individuais, bem como materiais por estar ausente qualquer nexo de causalidade.

O autor falou sobre a contestação (fls. 673/697).

É o relatório. Decido.

Trata-se de ação civil pública, objetivando a determinação do imediato reestabelecimento do atendimento médico hospitalar a qualquer segurado que contratou a cobertura respectiva em relação à Policlínica de Botafogo. Alternativamente requer seja o réu condenado a arcar integralmente com o custo de internação do seu segurado em estabelecimento médico-hospitalar de sua escolha, conforme dispõe o art. 17, L. 9.656/98, com a devida fiscalização da ANS. Além disso, requer a condenação à obrigação de indenizar os danos materiais e morais dos consumidores, individualmente considerados, sendo os valores apurados em fase de liquidação. Pleiteia, também, a condenação à obrigação de indenizar a título de danos morais coletivos a ser revertido ao Fundo de Reparação de Interesses Difusos Lesados (art. 13, L. 7.347/85), bem como seja determinado que a ré conclua o processo de, se for o caso, substituição, junta à ANS, da Policlínica de Botafogo por outro estabelecimento médico-hospitalar equivalente, garantindo o cumprimento da obrigação de oferecer a cobertura contratada (art. 17, I, L. 9.656/98). Requer, por fim, a publicação de edital de intimação de terceiros interessados por força do CDC, art. 94.

Examinemos as preliminares suscitadas pela ré, começando pela de ilegitimidade ativa ad causam do MPRJ por inexistência de direitos coletivos, indivisíveis ou indetermináveis. Não vejo como lhe dar razão, tendo em vista que o Ministério Público é parte legítima para ajuizar ação coletiva que visa tutelar direito individual homogêneo dos consumidores, nos termos dos art. 81, parágrafo único, III, c/c art. 82, I, Código de Defesa do Consumidor. Assim, rejeito a primeira preliminar.

Passo ao exame da segunda preliminar, qual seja, a relativa à inadequação da via eleita. Esta também não merece acolhimento, tendo em vista que o legislado ordinário ampliou a possibilidade de defesa a qualquer interesse coletivo, entre eles, os individuais homogêneos, decorrentes de origem comum, relativa ao direito do consumidor (art. 21, L. 7.347 c/c art. 81, parágrafo único, III, c/c art. 82, I, Código de Defesa do Consumidor). Desta forma, rejeito a segunda preliminar.

Examinemos a terceira preliminar, a saber, a de incompetência absoluta da justiça estadual em razão do litisconsorte passivo necessário da Agência Nacional de Saúde, ANS (art. 109, I, CRFB/88 c/c art. 47, CPC/73). Como as anteriores, esta preliminar não merece acolhimento, tendo em vista que não cabe à ANS integrar a lide em questão, uma vez que o caso sub judice se refere à falha, ou não, de prestação de serviço pela parte ré tão-somente. Não há se falar em denúncia da lide à ANS por inexistir direito de regresso no feito ausente qualquer responsabilidade da agência em questão. Assim, rejeito a terceira preliminar.

Resta apenas a quarta preliminar, qual seja, a de falta de interesse de agir em razão da inexistência de descredenciamento da Policlínica de Botafogo. Na verdade, esta se confunde com o mérito e, em razão da Teoria da Asserção, será analisada naquela oportunidade.

No mérito, a questão não apresenta grande complexidade, senão vejamos.

Conforme se depreende da questão em análise, é cediço que uma operadora de plano de saúde só poderá descredenciar hospital conveniado em caráter excepcional. Mesmo assim, nos termos do art. 17 da Lei nº 9.656 /98, está obrigada a substituir o hospital descredenciado por outro equivalente e comunicar essa mudança ao consumidor e à ANS com 30 dias de antecedência, exceto nos casos de fraude ou infração sanitária ou fiscal por parte do hospital retirado do convênio. Caso a operadora opte por descredenciar um hospital sem substituí-lo por outro equivalente, só poderá efetivar e comunicar a redução da rede hospitalar aos beneficiários após autorização da ANS, verbis:

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. (Redação dada pela Lei nº 13.003, de 2014) (grifou-se)

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - nome da entidade a ser excluída; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

O que se busca, portanto, é a compreensão acerca do descredenciamento ou não dos serviços da Policlínica de Botafogo sem que houvesse qualquer informação repassada aos consumidores e sem que houvesse substituto à altura capaz de oferecer o mesmo grau de especialização.

Conforme inquérito anexado aos autos, contata-se que 04 (quatro) foram as reclamações, nesse período, tratando de falha da prestação de serviço. O relatório de acompanhamento da Agência Nacional de Saúde assim elenca (a) Luciano Pinho Nilo, fls. 04, Jorge da Cruz Borges, fls. 36, Walter Luiz Correia Magalhães, fls. 37 e José Henrique da Silva, fls. 39. Do mesmo relatório de acompanhamento é possível retirar os endereços dos respectivos consumidores, em ordem: Copacabana, Catete, Barra da Tijuca e Botafogo.

O que se constata dos documentos juntados ao próprio inquérito é a empresa ré possuía outros hospitais/clinicas conveniadas na área de Botafogo, vez que o estabelecimento questionado situa-se no bairro de Botafogo. Portanto, é possível afirmar que havia, à época, outros conveniados capazes de oferecer o mesmo atendimento especializado a uma distancia não tão grande das residenciais citadas previamente.

Constata-se, portanto, conforme documentos de fls. 134/668 que entre o período de 13/02/2015 a 14/05/2015 houve atendimento na especialidade da otorrinolaringologia de forma a corroborar o fato de que o que houve no período referente ao mês de dezembro de 2014 foi mera suspensão do serviço por conta de inadimplemento da parte ré, conforme demonstrado pelo ofício de fls. 40/41 do inquérito civil de protocolo MPRJ 2014.01328460 (REG. 1.004/2014).

Dessa forma, resta prejudicado o pedido '19.a.I' referente ao imediato reestabelecimento do atendimento médico-hospitalar vez que este já foi reestabelecido. Não há se falar, portanto, em descredenciamento ensejador de indenização por tal fundamento conforme sustenta o Ministério Público.

Por outro lado, o que se pode retirar dos autos é que 04 consumidores se sentiram lesados ao procurar um estabelecimento supostamente com convênio ativo para atendimento. Tal equívoco se deu pelo fato de que o réu, em momento algum, informou aos consumidores acerca da suspensão temporária do convênio, fato este entendido como falha de prestação de serviço.

Dispõe o art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor que o direito à informação é um direito básico, sendo, portanto, de total responsabilidade da prestadora de serviço informar qualquer alteração na continuidade do atendimento:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

(...)

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; (Redação dada pela Lei nº 12.741, de 2012).

Não houve, no caso em tela, comprovação, por parte da ré, em virtude da inversão do ônus da prova, de que tenha entrado em contato com seus segurados e informado da suspensão da prestação de serviço pela Policlínica Botafogo.

Portanto, no que se refere ao pedido de imputação da responsabilidade para arcar integralmente com o custo de internação do segurado que não logrou êxito no atendimento por conta da ausência de informação, este merece provimento cujo valor será liquidado em momento oportuno.

Passa-se à análise da tese dos danos morais coletivos.

A possibilidade de indenização por dano moral está prevista no art. 5º, inciso V, da Constituição Federal, não havendo restrição da violação à esfera individual. A evolução da sociedade e da legislação têm levado a doutrina e a jurisprudência a entender que, quando são atingidos valores e interesses fundamentais de um grupo, não há como negar a essa coletividade a defesa do seu patrimônio imaterial.

Os Tribunais Superiores firmaram entendimento que o dano moral coletivo é a lesão na esfera moral de uma comunidade, isto é, a violação de direito transindividual de ordem coletiva, valores de uma sociedade atingidos do ponto de vista jurídico, de forma a envolver não apenas a dor psíquica, mas qualquer abalo negativo à moral da coletividade, pois o dano é, na verdade, apenas a consequência da lesão à esfera extrapatrimonial de uma pessoa.

Não é adequada a banalização da aplicação dos danos morais coletivos. A condenação em reparar o dano moral coletivo visa inibir a injusta lesão da esfera moral de uma coletividade, preservando, em ultima ratio, seus valores primordiais. Assim, o reconhecimento de dano moral coletivo deve se limitar às hipóteses em que configurada grave ofensa à moralidade pública, sob pena de sua banalização que causaria o excessivo rigor punitivo ao condenado.

Na hipótese dos autos, não há violação jurídica capaz de afetar o direito transindividual de ordem coletiva ou valores de toda a sociedade. Somente foi descumprida uma norma regulamentar.

Dessa forma, resta prejudicado o pedido '19.II e III' referentes às condenações em obrigação de fazer, consistente em indenizar os prejuízos morais e materiais causados em razão do descumprimento do contrato de prestação de serviço de cobertura médico hospitalar e em indenizar a título de dano moral coletivo.

Por tais fundamentos, JULGO PROCEDENTE EM PARTE O PEDIDO para condenar a ré ao pagamento integral com o custo de internação do seu segurado em estabelecimento médico-hospitalar escolhido à época do fato cujo valor será apurado em fase de liquidação de sentença.

Considerando a sucumbência recíproca e a isenção das custas para o autor, a ré arcará com metade das custas processuais e com os honorários advocatícios de seu patrono, não havendo que se falar em condenação na verba sucumbencial para o autor. P. I..”

Decisão acolhendo os Embargos declaratórios (pasta 000798), alterando a redação da parte dispositiva da sentença para fazer constar:

“(...)

*Declaro, pois, a sentença cujo dispositivo passa a ter a seguinte redação: ‘Por tais fundamentos, **JULGO PROCEDENTE EM PARTE O PEDIDO para condenar a ré ao pagamento integral com o custo de internação do seu segurado na especialidade de otorrinolaringologia em estabelecimento médico-hospitalar escolhido à época do fato cujo valor será apurado em fase de liquidação de sentença**’. No mais, persiste a sentença tal como está lançada.”*

Recurso de Apelação interposto pela ré (pastas 000799 e 000830) objetivando, preliminarmente, o reconhecimento da ilegitimidade ativa do Ministério Público, ou, subsidiariamente, seja reconhecida a falta de interesse de agir do *Parquet* e, conseqüentemente que seja extinto do feito sem julgamento do mérito, ainda, preliminarmente, objetiva o reconhecimento da incompetência absoluta da Justiça Estadual, em razão do litisconsórcio passivo necessário com a ANS, cuja competência é da Justiça Federal. No mérito, objetiva a reforma da sentença, para julgar improcedentes os pedidos autorais.

Certidão cartorária informando a tempestividade do recurso de apelação (pasta 000857). Correto recolhimento das despesas processuais (pasta 000856).

Considerando a entrada em vigor do CPC/2015, o Magistrado *a quo* não exerceu o juízo de admissibilidade do recurso de apelação, na forma do § 3º do art. 1010 do CPC. Observa-se que o apelado foi intimado via D.O. para oferecer contrarrazões (pasta 000886).

Embargos de Declaração interpostos pelo autor, Ministério Público (pasta 000888).

Contrarrazões apresentadas pelo autor (pasta 000898).

Certidão cartorária informando a tempestividade das contrarrazões (pasta 000915).

Decisão deixando de acolher os embargos declaratórios interpostos pelo autor (pasta 000916).

Manifestação do Exmo. Procurador de Justiça (pasta 000931).

É o relatório. Passo ao Voto.

Recebo o recurso de apelação no duplo efeito. Recurso tempestivo e devidamente preparado.

Presentes as condições recursais (legitimidade, interesse e possibilidade jurídica) e os pressupostos legais (órgão investido de jurisdição, capacidade

recursal das partes e regularidade formal - forma escrita, fundamentação e952 tempestividade), a apelação deve ser conhecida.



Trata-se de Ação Coletiva de Consumo ajuizada pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro em face de Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda. Sustenta o *Parquet* que, após reclamação recebida pelo sistema de Ouvidoria, foi instaurado inquérito civil, tendo sido apurado que, em virtude de problemas financeiros, a empresa ré não tem realizado sua contrapartida no contrato avençado entre esta e a Policlínica de Botafogo, tendo a unidade deixado de atender aos pacientes oriundos da operadora ré. Narra que a demandada, nos autos do inquérito, confirmou que o atendimento na clínica se encontrava suspenso, mas, ao mesmo tempo, a unidade é informada pela ré como opção para tratamento.

O Magistrado *a quo*, em sentença, julgou procedente em parte o pedido, condenando a ré ao pagamento integral com o custo de internação de seu segurado em estabelecimento médico-hospitalar escolhido à época do fato, cujo valor deverá ser apurado em fase de liquidação.

Recurso de Apelação da parte ré no qual alega, preliminarmente, a ilegitimidade ativa do Ministério Público, afirmando que o *Parquet* não possui competência para defender interesses individuais disponíveis. Defende a incompetência absoluta da Justiça Estadual, afirmando ser necessária a inclusão da ANS no polo passivo na qualidade de litisconsorte. Sustenta a falta de interesse de agir haja vista a inexistência de descredenciamento da policlínica de Botafogo, afirmando tratar-se de mera suspensão temporária dos serviços em razão de um problema pontual no relacionamento entre o hospital e o plano de saúde. No mérito alega que a suspensão temporária não configura falha na prestação do serviço, tratando-se de um problema pontual e que foi rapidamente resolvido. Aduz que possuía outras clínicas prestando o mesmo atendimento.

Entende esta Relatora que a sentença não merece reforma.

Inicialmente, afasto a preliminar de ilegitimidade ativa do Ministério Público.

Para tanto, dispõem os artigos 81 e 82 da Lei 8.078/90:

“Art. 81. A defesa dos interesses e direitos dos consumidores e das vítimas poderá ser exercida em juízo individualmente, ou a título coletivo.

Parágrafo único. A defesa coletiva será exercida quando se tratar de:

I - interesses ou direitos difusos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato;

II - interesses ou direitos coletivos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base;



III - interesses ou direitos individuais homogêneos, entendidos os decorrentes de origem comum.



Art. 82. Para os fins do art. 81, parágrafo único, são legitimados concorrentemente:

I - o Ministério Público,”

Com base na legislação supracitada e considerando ser a presente ação decorrente da instauração de inquérito civil no qual se apurou e recebeu reclamações de usuários do plano de saúde operado pela empresa ré, torna-se o Ministério Público um dos legitimados para a propositura da presente ação coletiva.

Frise-se que, ainda que o direito em questão possa ser divisível e disponível por cada segurado que tenha sido lesado pela condutada ré/apelante, o direito também não deixa de ser homogêneo, sendo que a extensão dos seus danos reclama a proteção por meio de processo coletivo.

No que se refere à incompetência da Justiça Estadual para o julgamento da ação, também entendo por rejeitar tal preliminar. A Agência Nacional de Saúde é órgão fiscalizador da atuação das operadoras do plano de saúde, não havendo razão para a sua inclusão nos autos na qualidade de litisconsorte passivo necessário, eis que, conforme exposto na sentença recorrida, não há qualquer responsabilidade da agência quanto a conduta discutida na presente demanda, sendo a alegada falha na prestação do serviço de responsabilidade exclusiva da operadora ré.

Registre-se inclusive que a própria ANS, nos autos do inquérito civil, informa que também está procedendo à devida fiscalização quanto as reclamações recebidas, agindo dentro de sua competência.

Por fim, em relação à preliminar de falta de interesse de agir, a mesma se confunde com o mérito e com ele será analisada.

Sustenta a parte ré/apelante que não houve o descredenciamento da Policlínica de Botafogo, mas sim a suspensão temporária do serviço.

De fato, as provas acostadas aos autos demonstram que não ocorreu o descredenciamento da clínica. Tal fato se verifica através dos relatórios de fls. 57/668 e fls. 669 nos quais observo atendimento médico no local em questão a partir de fevereiro de 2015.

No entanto, a própria parte ré/apelante afirma a suspensão dos serviços naquela clínica, sendo certo que o atendimento, de acordo com as provas, ficou suspenso pelo período de dezembro de 2014 a 13/02/2015, o que confirma a falha na prestação do serviço da operadora ré durante aquele prazo, principalmente pela falha no dever de informar (artigo 6º, III do CDC).

Registre-se que o motivo para a suspensão do atendimento médico na clínica de Botafogo foram problemas de ordem financeira entre a operadora do plano e a clínica, conforme se extrai do ofício emitido pela clínica – fls. 41 do Anexo 1, sendo certo que, nestas hipóteses, o consumidor não pode ser prejudicado em decorrência de problemas ocorridos entre as prestadoras de serviço.



Desta feita, considerando a suspensão temporária e indevida no atendimento médico na Policlínica de Botafogo, considerando que usuários ficaram sem o atendimento durante o período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015 e considerando que não houve qualquer comunicado aos consumidores quanto a suspensão do serviço naquele local, a falha na prestação do serviço encontra-se devidamente configurada, estando correta a sentença ao condenar a ré ao ressarcimento com o custo de internação dos seus segurados em outro estabelecimento médico-hospitalar escolhido à época em que não estava sendo prestado atendimento na Policlínica de Botafogo.

Nesse sentido:

“0012726-51.2011.8.19.0087 - APELAÇÃO

Des(a). INÊS DA TRINDADE CHAVES DE MELO -
Julgamento: 24/09/2012 - VIGÉSIMA CÂMARA CÍVEL

APELAÇÃO CÍVEL - OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO INDENIZATÓRIO - NEGATIVA DE ATENDIMENTO - PLANO DE SAÚDE QUE TEM O DEVER DE INFORMAR AO CONSUMIDOR SUA REDE CREDENCIADA E EVENTUAL SUSPENSÃO DE QUALQUER CONTRATO, SOB PENA DE VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO - ARTIGO 6º, III DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO - DANO MORAL N RE IPSA - VALOR FIXADO EM R\$6.000,00 EM OBSERVÂNCIA A PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE, QUE NÃO MERECE REPARO - CLÍNICA QUE AGE NO EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO, ANTE A INADIMPLÊNCIA DO PLANO JUNTO À CREDENCIADA, QUE CONFORME PREVISÃO CONTRATUAL TEVE SEUS ATENDIMENTOS SUSPENSOS - AUSÊNCIA DE DANO MATERIAL À AUTORA, REFERENTE À CUSTEIO DE CONSULTA, DIANTE DE SUA INADIMPLÊNCIA JUNTO AO PLANO DE SAÚDE. PROVIMENTO PARCIAL AO PRIMEIRO APELO PARA AFASTAR A CONDENAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE AO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO PELO DANO MATERIAL, PROVIMENTO DO SEGUNDO APELO PARA AFASTAR A RESPONSABILIDADE DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES, E, PROVIMENTO PARCIAL AO RECURSO ADESIVO DA AUTORA PARA RECONHECER O DIREITO A RESCISÃO DO CONTRATO SEM ÔNUS, NOS TERMOS DO ARTIGO 557, §1º-A DO CPC.”

“0049235-15.2011.8.19.0205 - APELAÇÃO

Des(a). JUAREZ FERNANDES FOLHES - Julgamento:
07/10/2013 - DÉCIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. ATRIBUIÇÃO DE NEGATIVA DE ATENDIMENTO À MÉDICA (2ª RÉ) E DE FALHA DE INFORMAÇÃO POR PARTE DO



PLANO DE SAÚDE (1º RÉU). PROVA INDICANDO QUE MÉDICA, À ÉPOCA DOS FATOS, NÃO SERIA MAIS CREDENCIADA PELO PLANO DA LINHA MEDIAL, O QUE AFASTA A ILICITUDE DE SUA RECUSA. PROVA DOCUMENTAL INDICANDO A FALHA DE INFORMAÇÃO, POR PARTE DO PLANO. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA QUE SE REFORMA EM PARTE, PARA CONDENAR A EMPRESA EM DANO MORAL. 1) Autores alegam negativa de atendimento médico perpetrado pela 2ª ré, profissional credenciada do 1º demandado, na Linha Medial. Aduzem os autores que, em contato com o plano de saúde (1º réu), foi indicada a médica (2ª ré) como credenciada. Feito contato com o consultório, foi agendada consulta para o dia 22/11/11. Na data, os autores compareceram ao consultório, porém foram informados de que a médica (2ª ré) não atenderia pelo plano de saúde Medial. 2) O juiz a quo julgou improcedente a ação, sob o fundamento de que os autores ao questionarem a AMIL (1ª ré) sobre os médicos ginecologistas conveniados e que não devem ter esclarecido qual plano possuíam, situação repetida quando marcaram a consulta, daí o atropelo. 3) Inconformismo dos autores que merece prosperar em parte. 4) **Plano de saúde 1º réu que violou os princípios da boa-fé objetiva e da confiança, bem como os deveres de informação e transparência, os quais devem reger as relações de consumo.** Como bem observado pelo Promotor de Justiça, em seu parecer de fls. 301/310, o documento de fls. 30 demonstra claramente a indicação da médica ginecologista 2ª ré como médica conveniada do plano de saúde (Linha Medial), sendo que a própria 1ª ré AMIL confirma tal circunstância em sede de contestação. 5) É sabido que há uma certa rotatividade dos médicos conveniados aos planos de saúde, então, é comum que um médico indicado no livro da rede credenciada, que geralmente é entregue ao usuário do plano quando ingressa neste, pode não mais fazer parte do plano de saúde posteriormente. Assim, tudo indica que, à época, a médica não era mais credenciada no plano medial, o que afasta a ilicitude da recusa dela em prestar o serviço. No entanto, resta clara a falha na informação, já que a própria Amil (1ª ré) em sua contestação AFIRMA que a médica 2ª ré era sua conveniada na Linha Medial. Mesmo que a 2ª ré não o fosse, quando do comparecimento dos autores ao consultório desta, como tudo indica que não era, o plano de saúde 1º réu nem se deu ao trabalho de rebater os argumentos dos autores. Ou seja, se, em sua peça de defesa, a própria Amil afirma que a 2ª ré era sua credenciada, bem como o documento de fls. 30 (pág. B-29 do Orientador Médico Linha Medial/Linha Dix) confirma que a médica 2ª ré atendia pelo plano de saúde Medial. Assim, restou claro que houve violação do dever de informação pela 1ª ré Amil, com isso provocando todos esses transtornos por que passou a consumidora. 6) Falha na prestação do serviço do plano de saúde 1º réu configurada, gerando o dever de indenizar. **PLANO DE SAÚDE QUE TEM O DEVER DE INFORMAR AO CONSUMIDOR SUA REDE CREDENCIADA E EVENTUAL SUSPENSÃO DE QUALQUER CREDENCIADO, SOB PENA DE VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO - ARTIGO 6º, III DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO - DANO MORAL N RE IPSA, que se arbitra em R\$ 4.500,00.** 7) Médica 2ª ré que não é obrigada a atender pacientes que não

possuam o plano de saúde ao qual não é conveniada, devendo a sentença de improcedência ser mantida quanto à 2ª ré. 8) Apelação dos autores a que se dá parcial provimento, na forma do art. 557, §1º-A, do CPC, para condenar a empresa do plano em dano moral e verba sucumbencial.”

Cabe esclarecer que, no julgado em questão é reconhecido apenas o dano genérico e o respectivo dever de reparar, devendo, todavia, ser liquidado e executado em processo próprio, como dispõe o art. 97 da Lei 8.078/90:

Art. 97. A liquidação e a execução de sentença poderão ser promovidas pela vítima e seus sucessores, assim como pelos legitimados de que trata o art. 82.

Sendo assim, quanto aos danos materiais individuais, devem ser apurados, a partir da efetiva comprovação, mediante amplo contraditório, nas liquidações individuais da sentença coletiva.

Por tais fundamentos, **VOTO no sentido de conhecer e negar provimento ao recurso, mantendo-se a sentença em sua integralidade.**

Rio de Janeiro, 17 de julho de 2017.

Isabela Pessanha Chagas
Desembargadora JDS. RELATORA