

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.349.385 - PR (2012/0216926-0)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA  
RECORRENTE : UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS  
ADVOGADOS : PEDRO HENRIQUE XAVIER  
              DIOGO SALOMÃO HECKE E OUTRO(S)  
RECORRIDO : ORLANDA VIDAL PEREIRA  
ADVOGADOS : JONAS BORGES  
              FAGNER SCHNEIDER E OUTRO(S)

## EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. RESPONSABILIDADE CIVIL. DESCREDCIAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA. COMUNICAÇÃO PRÉVIA AO CONSUMIDOR. AUSÊNCIA. VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. PREJUÍZO AO USUÁRIO. SUSPENSÃO REPENTINA DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. SITUAÇÃO TRAUMÁTICA E AFLITIVA. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO.

1. Ação ordinária que busca a condenação da operadora de plano de saúde por danos morais, visto que deixou de comunicar previamente a consumidora acerca do descredenciamento da clínica médica de oncologia onde recebia tratamento, o que ocasionou a suspensão repentina da quimioterapia.

2. Apesar de os planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos pela Lei nº 9.656/1998, as operadoras da área que prestam serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo, devendo ser aplicadas também, nesses tipos contratuais, as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Ambos instrumentos normativos incidem conjuntamente, sobretudo porque esses contratos, de longa duração, lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida. São essenciais, portanto, tanto na formação quanto na execução da avença, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade (arts. 6º, III, e 46 do CDC).

3. O legislador, atento às inter-relações que existem entre as fontes do direito, incluiu, dentre os dispositivos da Lei de Planos de Saúde, norma específica sobre o dever da operadora de informar o consumidor quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares (art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998).

4. É facultada à operadora de plano de saúde substituir qualquer entidade hospitalar cujos serviços e produtos foram contratados, referenciados ou credenciados desde que o faça por outro equivalente e comunique, com trinta dias de antecedência, os consumidores e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

5. O termo "entidade hospitalar" inscrito no art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, à luz dos princípios consumeristas, deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados. De fato, o usuário de plano de saúde tem o direito de ser informado acerca da modificação da rede conveniada (rol de credenciados), pois somente com a transparência poderá buscar o atendimento e o tratamento que melhor lhe satisfaz, segundo as possibilidades oferecidas.

6. O descumprimento do dever de informação (descredenciamento da clínica médica de oncologia sem prévia comunicação) somado à situação traumática e aflitiva suportada pelo consumidor (interrupção repentina do tratamento quimioterápico com reflexos no estado de saúde), capaz de comprometer a sua integridade psíquica, ultrapassa o mero dissabor, sendo evidente o dano moral, que deverá ser compensado pela operadora de plano de saúde.

# *Superior Tribunal de Justiça*

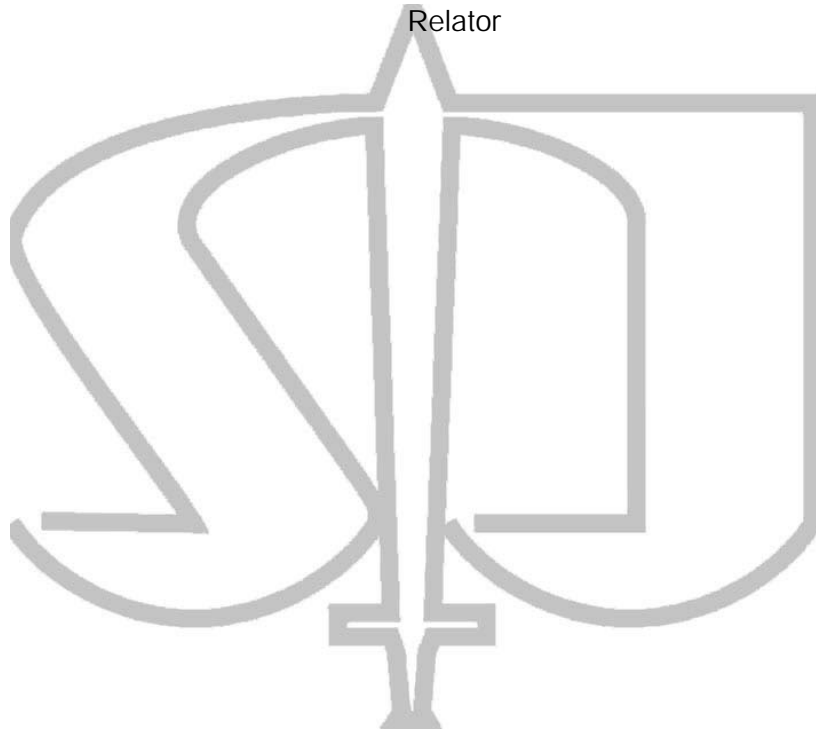
7. Recurso especial não provido.

## ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide A Terceira Turma, por unanimidade, negar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 16 de dezembro de 2014(Data do Julgamento)

Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva  
Relator



# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.349.385 - PR (2012/0216926-0)

## RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS, com fundamento no artigo 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná.

Noticiam os autos que ORLANDA VIDAL PEREIRA ajuizou ação de obrigação de fazer cumulada com preceito cominatório contra a recorrente para que fosse autorizada a continuidade de quimioterapia para tratamento de câncer na clínica NEO (Núcleo de Estudos Oncológicos S/C Ltda.), descredenciada sem prévia notificação ao consumidor, pelo menos até que obtivesse tempo para avaliar a existência do fornecimento do serviço de mesma qualidade por outra clínica credenciada. Foi requerida também a condenação da operadora de plano de saúde a arcar com indenização por danos morais em virtude do sofrimento pela suspensão abrupta do tratamento, agravando o desenvolvimento da doença.

A demandada, por sua vez, aduziu, em contestação, que informou a usuária sobre o descredenciamento da clínica no dia em que se realizaria a sessão de quimioterapia, tendo sido entregue lista com outras clínicas credenciadas para a continuidade do tratamento. Alegou também que somente está obrigada a cobrir gastos realizados em estabelecimento credenciados e que não há dever de indenizar danos morais por ter agido conforme a lei.

O magistrado de primeiro grau, entendendo que *"a ré, de forma imprudente, e sem o devido respeito à saúde de seus clientes, não tomou a precaução de informar os mesmos quanto ao descredenciamento da clínica Neo, com a antecedência necessária a possibilitar procurassem outra clínica de confiança, sem interrupção do tratamento"* (fl. 286), julgou procedentes os pedidos. Assim, entre outras providências, condenou a operadora de plano de saúde a pagar o valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) a título de compensação por danos morais.

Irresignada, a Unimed interpôs recurso de apelação, ao passo que a autora interpôs apelação adesiva. A Corte de Justiça estadual proveu parcialmente o apelo principal para reduzir para R\$ 7.000,00 (sete mil reais) a indenização relativa aos danos morais e negou provimento ao apelo adesivo.

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

*"RESPONSABILIDADE CIVIL. PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE CLÍNICA DE ONCOLOGIA. NECESSIDADE DE PRÉ-AVISO. FALTA. DANO MORAL. JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. APELAÇÃO PROVIDA EM PARTE E RECURSO ADESIVO, POR MAIORIA, DESPROVIDO"* (fl. 409).

# Superior Tribunal de Justiça

Os embargos de declaração opostos por ambos os litigantes foram acolhidos em parte para corrigir contradição. A ementa ficou assim redigida:

*"EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM APELAÇÃO CÍVEL. CONTRADIÇÃO. OCORRÊNCIA. VÍCIO SANADO PARA ESCLARECER QUE O RECURSO ADESIVO FOI DESPROVIDO, POR MAIORIA. OMISSÃO EM RELAÇÃO AO VALOR DOS DANOS MORAIS. INEXISTÊNCIA. PREQUESTIONAMENTO. DESNECESSIDADE. EMBARGOS DA RÉ ACOLHIDOS E EMBARGOS DA AUTORA ACOLHIDO EM PARTE"* (fl. 436).

No especial, a recorrente aponta violação do art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998.

Aduz, em síntese, que as operadoras de plano de saúde estão obrigadas a comunicar seus beneficiários apenas quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares e não de clínicas médicas. Acrescenta que o conceito de entidade hospitalar não comporta interpretação extensiva.

Sustenta também que

*" (...) a responsabilização por danos morais no presente caso decorre diretamente da suposta violação ao dever de informação, previsto no Código de Defesa do Consumidor, a caracterizar culpa civil da Unimed Curitiba.*

*Ocorre que a aplicação subsidiária do dever de informação do Código de Defesa do Consumidor ao regime jurídico dos planos de saúde já foi efetuada em sede legislativa, por meio do § 1º do art. 17 da Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Isso significa que a incidência desse dever deve se fazer nos estritos termos desse dispositivo legal"* (fl. 449).

Busca, assim, o provimento do recurso para que a demanda seja julgada improcedente ou, ao menos, para que seja afastada a condenação por danos morais.

Após o decurso do prazo para a apresentação de contrarrazões (fl. 504), o recurso foi inadmitido na origem (fls. 506/513), mas subiu a esta Corte por ter sido provido agravo de instrumento (fl. 544).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.349.385 - PR (2012/0216926-0)

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

As questões postas em exame consistem em saber se a obrigação das operadoras de plano de saúde de comunicar seus beneficiários quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares também envolve as clínicas médicas, e se a falta da informação a provocar a suspensão temporária de tratamento poderá ensejar dano moral.

1. Do dever de informação e do descredenciamento de clínicas médicas nos planos de saúde

De início, impende asseverar que apesar de os planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos pela Lei nº 9.656/1998, as operadoras da área que prestarem serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo, devendo ser aplicadas também, nesses tipos contratuais, as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Com efeito, ambos os instrumentos normativos incidem conjuntamente, sobretudo porque esses contratos, de longa duração, lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida, ou seja, visam ajudar o usuário a suportar riscos futuros envolvendo a sua higidez física e mental, assegurando o devido tratamento médico.

Logo, são essenciais, tanto na formação quanto na execução da avença, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade (arts. 6º, III, e 46 do CDC).

Sobre o tema, Cláudia Lima Marques assim leciona:

*"(...)  
(...) os contratos de planos e seguro-saúde são contratos cativos de longa duração, a envolver por muitos anos um fornecedor e um consumidor, com uma finalidade em comum, que é assegurar para o consumidor o tratamento e ajudá-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a sua saúde, de sua família, dependentes ou beneficiários. Aqui deve haver diálogo, e aplicação conjunta e iluminada pela Constituição, entre o CDC e a Lei 9.656/98. A jurisprudência brasileira é pacífica ao considerar tais contratos, tanto os de assistência hospitalar direta como os de seguro e planos de saúde, ou de assistência médica pré-paga, como submetidos diretamente (e não subsidiariamente) às normas do CDC".*  
(MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais, 5ª ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, pág. 485)

# Superior Tribunal de Justiça

Desse modo, o legislador, atento às inter-relações que existem entre as fontes do direito, incluiu, dentre os dispositivos da Lei de Planos de Saúde, norma específica sobre o dever da operadora de informar o consumidor quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares, como se extrai do art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, assim redigido:

*"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.*

*§ 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."* (grifou-se)

Depreende-se, assim, que é facultada à operadora de plano de saúde substituir qualquer entidade hospitalar cujos serviços e produtos foram contratados, referenciados ou credenciados desde que o faça por outro equivalente e comunique, com trinta dias de antecedência, os consumidores e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Todavia, cumpre ressaltar que a despeito de no dispositivo legal supratranscrito constar apenas "entidade hospitalar", esse termo, à luz dos princípios consumeristas, deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados. De fato, o usuário de plano de saúde tem o direito de ser informado acerca da modificação da rede conveniada, ou seja, do rol de credenciados, pois somente com a transparência poderá buscar o atendimento e o tratamento que melhor lhe satisfaz, segundo as possibilidades oferecidas.

Nesse sentido, o seguinte ensinamento de Luiz Antonio Rizzatto Nunes:

*"(...)*

*Um dos problemas recorrentes dos consumidores tem sido o descredenciamento de estabelecimentos de saúde, médicos e demais prestadores de serviços ligados às operadoras.*

*A questão é bastante grave e relevante, porque o consumidor, ao escolher e ingressar num plano de saúde, avalia os serviços conveniados e credenciados e deles se utiliza, utilização essa que o acaba vinculando. Primeiro, nos casos em que, por motivo de doença que exija acompanhamento, o atendimento passe a ser constante. Depois, porque, ainda que de forma eventual, o consumidor pode querer retornar ao mesmo médico, hospital etc. que já o recebeu antes, tem seu histórico e pode fazer seu acompanhamento pessoal. Em termos de saúde isso é importante.*

*Some-se a isso o fato de que a escolha pelo atendimento de médicos e hospitais em locais próximos à residência e/ou local de trabalho é fundamental em casos de emergência ou urgência.*

*Por isso cuidou bem o legislador em proibir a mudança da rede*

# Superior Tribunal de Justiça

conveniada/credenciada de hospitais, clínicas, médicos, laboratórios e demais serviços oferecidos. Aliás, diga-se que esse é o sentido de 'entidade hospitalar' do texto da norma. Trata-se de gênero cujas espécies são hospitais propriamente ditos, clínicas, laboratórios, médicos e demais serviços correlatos.

*Lembre-se que a redação do original do caput do art. 17 era mais precisa nesse sentido. Dizia 'qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratórios ou entidades correlatas ou assemelhadas de assistência à saúde'.*

*Com a nova redação, o tólos da norma não muda. Houve apenas um 'enxugamento' na redação. A lei passou a utilizar o termo genérico 'entidade hospitalar', mas apresentou-o precedido da palavra qualquer, o que implica a manutenção do sentido expresso da redação original.*

*É verdade que no § 1º a lei acabou deixando uma brecha para que as operadoras possam fazer substituições. Todavia, como esse parágrafo deve sua especificidade ao caput, é preciso entendê-lo de maneira a não impedir o resultado querido pela norma.*

*O § 1º faculta a substituição do prestador de serviço contratado ou credenciado desde que:*

- a) a substituição se faça por outro equivalente;*
- b) seja comunicada a ANS com trinta dias de antecedência;*
- c) sejam comunicados os consumidores, também, com trinta dias de antecedência." (NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. Comentários à Lei de Plano Privado de Assistência à Saúde, 2ª ed., São Paulo: Saraiva, 2000, págs. 67-68 - grifou-se)*

Sobre o dever de prestar informação adequada ao consumidor nos contratos de plano de saúde, mormente no que tange à modificação da rede conveniada, vale conferir o seguinte precedente desta Terceira Turma:

**"CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. REDE CONVENIADA. ALTERAÇÃO. DEVER DE INFORMAÇÃO ADEQUADA. COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL DE CADA ASSOCIADO. NECESSIDADE.**

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

*2. O direito à informação visa a assegurar ao consumidor uma escolha consciente, permitindo que suas expectativas em relação ao produto ou serviço sejam de fato atingidas, manifestando o que vem sendo denominado de consentimento informado ou vontade qualificada. Diante disso, o comando do art. 6º, III, do CDC, somente estará sendo efetivamente cumprido quando a informação for prestada ao consumidor de forma adequada, assim entendida como aquela que se apresenta simultaneamente completa, gratuita e útil, vedada, neste último caso, a diluição da comunicação efetivamente relevante pelo uso de informações soltas, redundantes ou destituídas de qualquer serventia para o consumidor.*

*3. A rede conveniada constitui informação primordial na relação do associado frente à operadora do plano de saúde, mostrando-se determinante na decisão quanto à contratação e futura manutenção do vínculo contratual.*

*4. Tendo em vista a importância que a rede conveniada assume para a continuidade do contrato, a operadora somente cumprirá o dever de*

# Superior Tribunal de Justiça

*informação se comunicar individualmente cada associado sobre o descredenciamento de médicos e hospitais.*

*5. Recurso especial provido*" (REsp nº 1.144.840/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 11/4/2012 - grifou-se).

Cumpra assinalar ainda que a alegação ventilada nas razões do recurso especial de que a jurisprudência desta Corte Superior é no sentido de que *"o conceito de entidade hospitalar não comporta interpretação extensiva"* (fl. 450), refere-se somente a casos de isenção tributária parcial, sendo vedada, como cediço, no ramo do Direito Tributário, a interpretação extensiva e analógica para a ampliação de benefício fiscal. É o que se infere dos precedentes oriundos da Primeira Seção citados pela própria recorrente na petição recursal: REsp nº 853.739/PR, REsp nº 873.944/RS, REsp nº 786.569/RS e REsp nº 786.337/RS, inaplicáveis, portanto, à situação dos autos.

Feitas essas considerações, resta examinar se ocorreu dano moral, devendo a autora ser compensada por ter sido descredenciada a clínica médica em que recebia tratamento de quimioterapia.

Como visto, a operadora de plano de saúde poderá incorrer em abusividade se promover a alteração da lista de conveniados, ou seja, o descredenciamento de estabelecimentos hospitalares, clínicas médicas, laboratórios, médicos e outros serviços, sem a observância dos requisitos legais, que são: i) substituição da entidade conveniada por outra equivalente, de forma a manter a qualidade dos serviços contratados inicialmente e ii) comunicação aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com trinta dias de antecedência.

Dessa maneira, se não cumpridas as exigências legais e se com a prática abusiva o usuário veio a sofrer prejuízos, materiais ou morais, haverá, como consectário, o dever de indenizar da operadora.

Por oportuna, cumpre transcrever a seguinte doutrina de Maury Ângelo Bottesini e de Mauro Conti Machado:

*"(..)*

*17.2 A prévia comunicação aos usuários das modificações dos credenciados*

*A operadora está obrigada a dar conhecimento prévio aos usuários e com 30 dias de antecedência segundo disposição do § 1º deste art. 17, das modificações do rol de credenciados, referenciados e estabelecimentos aptos a atender os seus clientes. E deve documentar-se para comprovar que desempenhou a contento a obrigação, quando necessária tal prova, pena de responder pelos prejuízos suportados por qualquer usuário que procure um desses credenciados e não encontre o atendimento buscado.*

*É no Dever de Informar que tem origem essa obrigação, cujo fundamento está na boa-fé objetiva que deve estar presente na conduta das*



# Superior Tribunal de Justiça

*partes desde a contratação, durante a execução, no momento das alterações legalmente permitidas das estipulações e por ocasião do distrato, o que está consagrado no Código de Defesa do Consumidor, e de forma mais enfática, nos contratos por adesão, segundo se pode ler no art. 47 do CDC, arts. 113 e 423 do CC de 2003.” (BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Lei dos Planos e Seguros de Saúde: comentada e anotada, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, pág. 128 - grifou-se)*

A propósito, o seguinte precedente deste Tribunal Superior:

*“DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA NO CURSO DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO, SEM SUBSTITUIÇÃO POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EQUIVALENTE. IMPOSSIBILIDADE. PRÁTICA ABUSIVA. ART. 17 DA LEI 9.656/98.*

*1. O caput do art. 17 da Lei 9.656/98 garante aos consumidores de planos de saúde a manutenção da rede de profissionais, hospitais e laboratórios credenciados ou referenciados pela operadora ao longo da vigência dos contratos.*

*2. Nas hipóteses de descredenciamento de clínica, hospital ou profissional anteriormente autorizados, as operadoras de plano de saúde são obrigadas a manter uma rede de estabelecimentos convenientes compatível com os serviços contratados e apta a oferecer tratamento equivalente àquele encontrado no estabelecimento de saúde que foi descredenciado. Art. 17, § 1º, da Lei 9.656/98.*

*3. O descredenciamento de estabelecimento de saúde efetuado sem a observância dos requisitos legalmente previstos configura prática abusiva e atenta contra o princípio da boa-fé objetiva que deve guiar a elaboração e a execução de todos os contratos. O consumidor não é obrigado a tolerar a diminuição da qualidade dos serviços contratados e não deve ver frustrada sua legítima expectativa de poder contar, em caso de necessidade, com os serviços colocados à sua disposição no momento da celebração do contrato de assistência médica.*

*4. Recurso especial conhecido e provido” (REsp nº 1.119.044/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 4/3/2011 - grifou-se).*

Na espécie, a recorrente, além de não ter observado o requisito da comunicação prévia ao consumidor ao descredenciar a clínica médica de oncologia, essa conduta, eivada de abusividade, acabou por prejudicar a usuária, visto que o tratamento de quimioterapia foi interrompido abruptamente, agravando o já precário estado de saúde. Efetivamente, como a operadora avisou a demandante somente no dia da sessão de quimioterapia, não houve tempo hábil para que se continuasse o tratamento em outra clínica credenciada. O descumprimento do dever de informação somado à situação traumática e aflitiva suportada pela autora, capaz de comprometer a integridade psíquica, ultrapassa o mero dissabor, sendo evidente o dano moral, que deverá ser compensado.

Eis o fragmento do acórdão local que solucionou adequadamente a controvérsia:

*“(…)*

*Portanto, como primeira conclusão: só por ser um contrato de consumo, o de assistência médico-hospitalar já exigiria a mais completa*

# Superior Tribunal de Justiça

*informação ao usuário sobre todas as circunstâncias relevantes para a execução da prestação da fornecedora - e entre as circunstâncias relevantes que exigiriam informação por certo está a mudança de hospitais, clínicas médicas e médicos, dado essencial ao consumidor.*

*O artigo 17, § 1º, da Lei 9.656/98 deve ser, então, lido em harmonia com os princípios da boa-fé objetiva e da informação, (...)*

*(...)*

*Quer parecer - e bastam máximas da experiência para isso - que o paciente, especialmente o portador de uma enfermidade grave, fragilizado física e emocionalmente pela doença, busca também em enfermeiras e médicos um amparo. Confia neles, ou com o tempo passa a confiar. Adapta-se às pessoas que o cercam durante o tratamento. O corte brusco de uma situação assim é traumático. Deixa o enfermo o ambiente e as pessoas que lhe inspiram confiança. Por certo terá de se acostumar à nova enfermeira, ao novo ambiente da nova clínica. Esse é um aspecto que deve ser compreendido sob pena de se coisificar o homem, de torná-lo um instrumento, de retirar-lhe a condição de pessoa. Sob esse ponto de vista, especialmente quando o tratamento estiver em curso e já existir uma situação de estabilidade entre o paciente e o médico ou entre o paciente e o hospital ou mesmo a clínica, a prévia notificação será indispensável. Distinções semânticas, próprias à dogmática positivista, desatendem à função do Direito, especialmente em um Estado Democrático. A necessidade da informação reside exatamente aí, como necessária para a proteção de um interesse relevante, e daí ser razoável dizer que em toda e qualquer hipótese em que estiver em jogo esse interesse, a notificação será necessária, conferindo-se ao termo entidade hospitalar o sentido amplo de qualquer entidade que preste tratamento médico ao usuário.*

*(...)*

*Por tanto, agora concluindo, era de rigor a prévia comunicação à autora do descredenciamento da clínica NEO (Núcleo de Estudos Oncológicos S/C Ltda.), a fim de que ela, que já iniciara o tratamento quimioterápico ali, se preparasse adequadamente para prosseguir com as sessões de quimioterapia em outra clínica, sem ser surpreendida, ao procurar a NEO, com a notícia do descredenciamento, perdendo um ou mais dias de tratamento. Ao assim não proceder, violou a ré o direito à informação de que era titular a autora.*

*(...)*

*Afinal, a não realização da sessão de quimioterapia no dia 17 de setembro de 2004 e a suspensão das sessões por mais quatro ou cinco dias até o cumprimento da liminar pela ré, podem ser caracterizados como uma situação de mero incômodo, sem relevância?*

*A gravidade da doença e a necessidade do tratamento dizem que sim, que houve dano moral. Infere-se isso de máximas da experiência e de uma presunção hominis, tal como se diz na jurisprudência ao tratar do dano moral, que em muitos casos seria in re ipsa: (...) Segundo o conhecimento vulgar, o câncer necessita de tratamento urgente. O enfermo vive esperançoso. A falha na sequência do tratamento traz-lhe aflição, insegurança, mais ainda quando, inesperadamente, se vê tolhido, ainda que temporariamente, da quimioterapia. Há uma situação aflitiva, de angústia, ainda que passageira, até que ele saiba que o tratamento prosseguirá. Pensa que a perda de dias poderá acarretar-lhe danos irreversíveis. E essa intranquilidade que não se permite, que não se quer que o usuário do plano de saúde sofra, e que, quando aliada à consciência da gravidade da doença, abala, mesmo que temporariamente, a integridade psíquica da pessoa. Pouco importa se por*

# *Superior Tribunal de Justiça*

*pouco tempo ou não. Importa que o fato não poderia ocorrer e que houve o abalo"*  
(fls. 417/421 - grifou-se).

2. Do dispositivo:

Ante o exposto, nego provimento ao recurso especial.

É o voto.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO  
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2012/0216926-0

**PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.349.385 / PR**

Números Origem: 10732004 19940620048160001 5183473 518347301 518347303

PAUTA: 16/12/2014

JULGADO: 16/12/2014

**Relator**

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **HUMBERTO JACQUES DE MEDEIROS**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

**AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS

ADVOGADOS : PEDRO HENRIQUE XAVIER  
DIOGO SALOMÃO HECKE E OUTRO(S)

RECORRIDO : ORLANDA VIDAL PEREIRA

ADVOGADOS : JONAS BORGES  
FAGNER SCHNEIDER E OUTRO(S)

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

**CERTIDÃO**

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.