**Modelo de petição inicial para ação no Juizado Especial Cível.**

**Objetivo:** exigir a manutenção integral do contrato firmado pelo(a) autor(a) junto à Unimed Paulistana, nas mesmas condições de preço, cobertura e rede credenciada pela Central Nacional Unimed e Unimed Fesp.

**Importante:** a petição deve ser apresentada na Secretaria do Juizado e deverão constar, de forma simples, o nome, a qualificação e o endereço das partes; os fatos e fundamentos jurídicos, se possível; o objeto do pedido e seu valor. Anexe também todos os documentos referentes ao problema de consumo.

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DIRETOR DO JUIZADO CÍVEL DA** (*inclua aqui, em letras maiúsculas, o nome da cidade ou do fórum regional).*

*(deixar um espaço de cerca de dez linhas, em branco).*

*(Neste parágrafo, você deverá indicar seus dados pessoais nesta ordem: nome, nacionalidade, estado civil, profissão, RG e CPF)* residente e domiciliado nesta capital *(inserir endereço e CEP)*, vem propor a presente ação em face de **UNIMED PAULISTANA SOC. COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 43.202.472/0001-30, com sede e foro na Av. Angélica, nº 2565, Bairro Consolação, São Paulo/SP, CEP: 01227-200; **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 02.812.468/0001-06, com sede e foro na Alameda Santos, nº 1827, 3º andar – conj. 31/32, Bairro Cerqueira Cesar, São Paulo/SP, CEP: 01419-002; e **UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO - FEDERACAO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 43.643.139/0001-66, com sede e foro na Rua José Getúlio, nº 78/90, Bairro Aclimação, São Paulo/SP, CEP: 01509-000; e, pelos motivos abaixo expostos:

**I – Dos fatos**

Em *(inserir a data de aquisição do seguro-saúde)*, conforme documentos em anexo (*DOC x –* *contrato de adesão ao plano, carteirinha*), o(a) autor(a) contratou junto à UNIMED PAULISTANA, ora requerida 01, a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria *(inserir a modalidade [coletiva ou individual] e a categoria do plano/seguro).*

O supracitado plano de saúde compreende a cobertura de *(especificar o que é garantido pelo plano contratado ex. internações, consultas, exames, procedimento cirúrgicos etc.),* sendo estes serviços prestados na rede credenciada contratada.

Ocorre que, em 02 de setembro de 2015, como é notório, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da publicação no Diário Oficial da União da Resolução Operacional nº 1891, de 1º de setembro de 2015 – RO 1891/2015, decretou a alienação compulsória da carteira de consumidores da Unimed Paulistana.

Diante de tal determinação o(a) autor(a) encontra-se atualmente completamente desamparado, visto que vem enfrentado problemas com *(demonstrar juntando documentos [e-mail, protocolos de ligação, cartas registradas etc.] o problema concreto enfrentado, por exemplo: o cancelamento de consultas, demora para marcar exames, descredenciamentos de médicos, suspensão de atendimento em laboratórios e hospitais credenciados).*

Cumpre informar ainda que, mesmo assim, conforme faz prova documentos em anexo *(DOC x – últimos 3 comprovantes de pagamento)*, o(a) autor(a) continuou honrando com a sua parte da obrigação realizando o pagamento das mensalidades do plano regularmente.

Conforme laudo médico em anexo *(DOC x – laudo médico informando a existência de determinada doença, necessidade de realizar determinado exame)* *(discorrer sobre a situação concreta, sua condição de saúde, informando os tratamentos que precisa realizar, o hospital em que sempre realizou os procedimentos etc.).*

Sendo assim, diante da impossibilidade da requerida 01 em continuar prestando o serviço contratado, foi dada como opção ao autor(a), a migração para novos planos oferecidos pelas demais empresas do grupo, tais como a CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL, ora requerida 02, a UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO - FEDERACAO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS, ora requerida 03, a UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A, e a UNIMED DO BRASIL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, sem a exigência de cumprimento de novas carências.

Ocorre que, os planos oferecidos possuem menos da metade da rede credenciada anteriormente fornecida e valor muito superior ao que era pago pelo autor(a) *(DOC x – TAC – adequar a frase a partir da comparação entre a rede credenciada e o valor pago no plano anteriormente contratado e as opções do TAC).* Nesse sentido, cumpre destacar ainda que a nova rede credenciada oferecida tem qualidade bastante inferior à ora contratada pelo(a) autor(a).

Diante do exposto, tendo em vista a condição de saúde do(a) autor(a), e o fato de que, caso quisesse manter parte da rede credenciada contratada teria que desembolsar valores astronômicos nos novos planos oferecidos pelas requeridas, ou ainda adquirir um novo contrato de outra empresa, sujeitando-se às carências que, de acordo com a nova legislação, podem ser de 6 (seis), 10 (dez) ou até mesmo 24 (vinte e quatro) meses, a depender do procedimento, não restou outra alternativa a(o) autor(a), se não o ajuizamento da presente ação, para garantir a migração de seu plano, com portabilidade de carências, para outro compatível em termos de rede credenciada e valor de mensalidade pelas requeridas.

**II – Do direito**

**1. Do contrato de plano de saúde**

Sendo assim, o que busca o(a) autor(a) é tão somente a garantia de manutenção de seu contrato de plano de saúde firmado com a requerida 01, visto que atualmente, ainda que adimplente, encontra-se totalmente desamparado(a).

Dito isto, de rigor se explane que os contratos de planos privados de assistência à saúde são espécies de contratos de prestação de serviços que se submetem às regras dispostas nos artigos 46 e seguintes do Código de Defesa do Consumidor e, subsidiariamente, nos artigos 593 e seguintes do Código Civil.

Cumpre destacar ainda que esta espécie de contrato é regulada por lei específica – a Lei de Planos de Saúde – Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 – que assim define tais contratos, as prestadoras de serviço (as operadoras) e as carteiras:

*“Art. 1º* ***Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde****, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:*

*I -* ***Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.***

*II -* ***Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo.***

*III -* ***Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1o deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos****.*

*(...)” (grifos nossos)*

Portanto, o objeto do contrato em questão consiste na obrigação de a operadora garantir o tratamento à saúde do(a) autor(a) sempre que necessário.

Importante ressaltar ainda que o objeto deste contrato, a saúde, é corolário do direito à vida e garantidor da dignidade da pessoa humana. Por isso, recebeu ampla proteção constitucional, que se inicia logo no artigo 1º que elege como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana, seguido do artigo 3º que constitui como objetivo da República a promoção do bem de todos. Por sua vez, o artigo 5º, relativo aos direitos e garantias fundamentais, assegura a inviolabilidade do direito à vida; e, já no dispositivo seguinte, o direto à saúde é qualificado como direito social.

Em igual sentido, o art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, porém há a autorização constitucional expressa para a atuação do setor privado na assistência à saúde, nos termos do art. 199.

É necessário destacar ainda que o art. 197 da Constituição Federal estabelece que “**são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado**”.

Assim, ainda que prestada pela iniciativa privada, a saúde não perde seu caráter de relevância pública, o que impõe restrições e cuidados a todos aqueles que decidem prestar serviços de saúde e, sem dúvida, devem arcar com as responsabilidades pela má-gestão das carteiras de vidas por eles administradas.

De tal modo, os consumidores, ao adquirirem um contrato médico-hospitalar, pretendem assegurar proteção contra riscos à sua saúde e de sua família. E sendo futuro e incerto o risco à saúde para o qual se busca proteção, na sua ocorrência, surge a obrigação da empresa, em virtude do pactuado, de prestar ao consumidor e aos seus familiares ou dependentes os serviços contratados, quais sejam, a realização de exames e tratamentos médicos, internações hospitalares, intervenções cirúrgicas, etc.

Por isso, a vinculação existente entre consumidor e fornecedor nesta modalidade contratual é marcada por serviços de trato sucessivo.

É no contexto desta relação jurídica, marcada pelo trato sucessivo de suas prestações, dependência e expectativa quanto à segurança de determinado plano de assistência médico-hospitalar que o(a) autor(a), foi surpreendido pela alienação compulsória da requerida 01.

**2. Do Sistema Nacional da Unimed - Da solidariedade das requeridas**

Inicialmente deve-se atentar ao fato de que o consumidor, ao optar por contratar um plano junto à Unimed leva em consideração: (i) o preço do plano; (ii) a rede credenciada; (iii) e o Sistema Nacional da Unimed.

No tocante à este último fator cabe destacar que, é a partir dele que se infere a legitimidade passiva das requeridas para figurarem no presente processo.

De tal modo, mostra-se pertinente informar que por meio do Sistema Nacional da Unimed os consumidores de uma determinada cooperativa podem fazer uso dos serviços de outra quando estão em trânsito pelo território nacional, de modo que há um intercâmbio de atendimento entre as diversas unidades.

Por conta da existência dessa vinculação entre as diversas cooperativas integrantes do Sistema Unimed, o Tribunal de Justiça de São Paulo pacificou entendimento no sentido de que a **Unimed constitui um único grupo econômico**, subdividido em diversas cooperativas que, muito embora não atuem no mesmo espaço geográfico e possuam personalidades jurídicas distintas, estão reunidas sob a mesma designação, sendo sua divisão meramente administrativa.

No mesmo sentido, cumpre ressaltar ainda que, no que tange ao Sistema Unimed, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo pacificou entendimento no sentido de que a **“UNIMED é subdivida em diversas unidades com o propósito de criar dificuldades no momento da fixação das responsabilidades”** (TJ-SP, Apelação Cível nº 0170120-87.2011.8.26.0100, Relator: Salles Rossi, Data de Julgamento: 02/07/2014, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/07/2014)

De todo o exposto, decorre uma consequência jurídica importante: a existência de solidariedade entre a Unimed Paulistana, a Central Nacional Unimed e a Unimed Fesp. Essas, por serem sociedades cooperativas médicas integrantes do mesmo grupo, podem ser compelidas a cumprirem o contrato celebrado com o consumidor ainda que com apenas uma das “Unimeds”.

Assim, a conclusão pela existência de um único grupo econômico e a consequente responsabilidade solidária da Central Nacional Unimed e da Unimed Fesp é lógica e necessária, conforme se conclui a partir da leitura da ementa abaixo transcrita:

*PROCESSO CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. SOCIEDADES COOPERATIVAS UNIMED. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM.*

*1. O direito à informação e o princípio da vinculação da publicidade refletem a imposição da transparência e da boa-fé nos métodos comerciais, na publicidade e nos contratos, de modo que o fornecedor de produtos ou serviços se responsabiliza também pelas expectativas que a sua publicidade desperta no consumidor, mormente no que tange ao uso coletivo de uma mesma marca.*

*2.* ***A publicidade do Sistema Unimed busca instigar o indivíduo à contratação mediante a convicção de que se trata de uma entidade única com atuação em âmbito nacional, não sendo informado ao filiado sobre a autonomia e a independência de suas unidades, o que só faz reforçar nele a ideia de que esse sistema lhe oferece uma maior gama de serviços e facilidades.***

*3. Ademais, a complexa estrutura das cooperativas prestadoras de serviço, se, por um lado, visa ao estímulo e reforço do sistema cooperativo regido pela Lei n. 5.764/1971, possibilitando a atuação sob uma mesma marca e a constituição de sociedades cooperativas singulares, federações de cooperativas e confederações; por outro lado,* ***tem como efeito externo a responsabilização de toda a cadeia de fornecimento - no caso, o Sistema Unimed - de forma solidária, uma vez que não se pode exigir do consumidor que conheça as intrincadas relações entre os diversos membros dessa cadeia, mormente quando a publicidade veiculada pelo grupo faz-lhe crer que se trata de uma entidade una.***

*4. Dessarte, o fato de várias sociedades explorarem uma mesma marca, ainda que com personalidades jurídicas distintas - por não ter havido a informação clara ao consumidor acerca de eventuais diferenças no conteúdo dos serviços ou na cobertura oferecida por cada uma -,* ***traz como consequência a possibilidade de serem acionadas a responder solidariamente pelas obrigações contratadas por qualquer delas.***

*5. Recurso especial não provido.*

*(REsp 1377899/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/12/2014, DJe 11/02/2015)*

*Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer. Ilegitimidade passiva da Unimed Campinas. Inadmissibilidade.* ***A jurisprudência desta Corte Paulista tem se firmado no sentido de que as pessoas jurídicas pertencentes à Unimed constituem o mesmo grupo econômico, não se podendo exigir que o consumidor faça diferenciação entre elas.***

*Responsabilidade solidária da corré Unimed Campinas. Recurso improvido.*

*(TJ-SP - APL: 40007926320138260604 SP 4000792-63.2013.8.26.0604, Relator: Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho, Data de Julgamento: 25/03/2015, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 25/03/2015 – grifos nossos)*

Prestigiando a Corte Regional, esta inclusive, já editou Súmula dispondo acerca da responsabilidade solidária entre as cooperativas médicas pertencentes a uma mesma operadora de plano de saúde:

*Súmula 99: Não havendo, na área do contrato de plano de saúde, atendimento especializado que o caso requer, e existindo urgência,* ***há responsabilidade solidária no atendimento ao conveniado entre as cooperativas de trabalho médico da mesma operadora, ainda que situadas em bases geográficas distintas.***

Diante desse cenário, comprovada a existência de um único grupo econômico formado pelas diversas cooperativas integrantes do Sistema Unimed, de rigor a aplicação, ao presente caso, do artigo 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, que impõe a responsabilidade solidária dos fornecedores que integram a cadeia de consumo pelos danos causados por defeito ou vício do produto ou serviço:

*Art. 7° 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.***

O dispositivo em tela garante ao autor(a) a opção de buscar o ressarcimento de seu dano contra qualquer integrante da cadeia de consumo ou mesmo um terceiro que tenha de alguma forma contribuído para causar o dano.

No caso dos autos, é possível a responsabilidade obrigacional solidária das cooperativas principais*, in casu*, a Central Nacional Unimed e a Unimed Fesp, haja vistas que estas cooperativas dão suporte a Unimed Paulistana.

Portanto, inegável a solidariedade passiva entre as cooperativas médicas que integram o Sistema Unimed, o que permite concluir que a Central Nacional Unimed e a Unimed Fesp são partes legitimas para figurar no polo passivo da demanda e, como consequência, devem ser compelidas a garantir o cumprimento integral do contrato firmado pelo(a) autor(a) junto à Unimed Paulistana, mantendo-se assim a rede credenciada contratada e a mensalidade cobrada.

**3. Violação do Princípio da Boa-fé Objetiva: Teoria da Confiança e da Aparência**

O contrato firmado pelo autor(a) com a requerida 01, deve observar, dentre outros princípios, o da boa- fé, previsto no art. 422 do Código Civil e 4º, III do Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido, é importante salientar que no caso em comento estamos diante de uma relação de consumo, haja vista figurar de um lado o(a) autor(a) (consumidor) que contratou o plano de saúde e do outro a Unimed Paulistana (fornecedora).

Corrobora esta afirmação as súmulas 469 do C. Superior Tribunal de Justiça e 100 do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

***Súmula 469****: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.*

***Súmula 100****: O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais.*

Ocorre que, no caso vertente, as requeridas, ao “apresentarem” aos consumidores, em seu Portal Nacional, a Unimed, como sendo o “Sistema Unimed no Brasil com 351 cooperativas” uma empresa de abrangência nacional, que atende mais de 20 milhões de consumidores em todo o Brasil[[1]](#footnote-1), violaram o princípio da boa-fé objetiva, isto porque, ao disponibilizarem estas informações geraram no consumidor uma falsa impressão de segurança e alto grau de confiança.

Sobre confiança nos contratos de consumo a Professora Claudia Lima Marques[[2]](#footnote-2), ensina que em um negócio jurídico protegido pelo Código de Defesa do Consumidor deve observar duas vontades: a vontade interna (consentimento) e a vontade externa, ou vontade declarada, exteriorizada pela Teoria da confiança, mais valorizada que a primeira já que faz nascer expectativas intrinsicamente ligadas ao cumprimento das obrigações:

*De modo que, pela* ***Teoria da Confiança, hoje majoritária, admite-se a responsabilidade de quem, por seu comportamento na sociedade, faz nascer no outro contratante a justificada expectativa no cumprimento de determinadas obrigações****. Vamos observar reflexos desta teoria no Código Brasileiro de Defesa do Consumidor,* ***quando a publicidade ou as informações prestadas pelo vendedor vão ser inseridas no contrato (art.30), uma vez que criam no consumidor justificadas expectativas em relação ao bem, ao serviço ou as obrigações acessórias ao contrato.*** *Em outras palavras, na nova concepção de contrato, o declarante deve responder pela confiança que o outro contratante nele depositou ao contratar. (Sem destaques no original)*

Os ensinamentos supra colacionados, coadunam-se perfeitamente com a situação fática que se leva à apreciação deste D. Juízo, já que o que foi apresentado, ofertado e vendido ao autor(a) pela Unimed Paulistana, ora requerida 01, foi o “Sistema Unimed” (justificadas expectativas) e não é o que de fato ele(a) pode usufruir, já que o grupo de “Unimeds” não se responsabiliza pela má gestão de um de seus cooperados (quebra da confiança).

Sendo assim, considerando que o que é ofertado ao consumidor é o “Sistema Unimed” (que gera no consumidor uma justificada expectativa na prestação do serviço por todos os cooperados), perfeitamente cabível a previsão do art. 30 do Código de Defesa do Consumidor[[3]](#footnote-3), que tem sua *ratio legis* focada no sentido de que a oferta vincula o fornecedor e integra o contrato.

Logo, se o consumidor ao contratar “compra”, porque lhe é ofertado, o conglomerado de “Unimeds”, estas devem integrar o contrato, para que sejam mantidos o equilíbrio e a boa-fé contratual.

No mesmo sentido, cabe destacar que a confiança depositada pelo(a) autor(a) na requerida 01 foi potencializada por ela mesma ao “vender” o “Sistema Unimed”, tal prática introduzida no mundo jurídico exemplifica a denominada **Teoria da Aparência** que se resume no que é apresentado ao consumidor ao adquirir um produto ou serviço.

A jurisprudência do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo é uníssona na aplicação da teoria da aparência no caso em comento, como se pode observar com a leitura da ementa a seguir:

*PLANO DE SAÚDE. Apelo do autor. Ausência de recolhimento de regular preparo, conquanto não beneficiário da assistência judiciária gratuita. Recurso não conhecido. UNIMED. ILEGITIMIDADE PASSIVA. Não ocorrência.* ***Sistema Nacional Unimed que se fragmenta pelo país, em várias pessoas jurídicas distintas, aparentando para o consumidor ser uma única empresa. Responsabilidade no atendimento ao conveniado entre as cooperativas de trabalho da mesma operadora****. Custeio de procedimento cirúrgico que deve ser mantido. Demora de mais de um ano e meio para autorização de procedimento cirúrgico. Autor infante, portador de necessidades especiais, que teve recusa de cobertura velada. Dano moral. Ocorrência. Assaz demora na autorização do procedimento cirúrgico. Recusa indevida de cobertura em momento de aflição psicológica do paciente, que já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada. Precedentes desta E. Corte e do C. STJ. Quantum. Valor fixado pelo Nobre Julgador a quo que não comporta minoração, em razão das circunstâncias fáticas apresentadas. Sentença mantida. Recursos das rés improvidos.*

*Trecho do Voto 7275*

***Esta Corte Recursal possui entendimento de que a rede Unimed constitui uma entidade única, subdividida em diversas outras. Referida constatação é evidenciada pelo uso do mesmo nome comercial “UNIMED” e logotipo comum, de forma a refletir tal imagem perante os consumidores. Conquanto as diversas unidades da Unimed sejam autônomas, são interligadas e integram um mesmo grupo econômico, aparentando entidade única ao consumidor. Deve-se prestigiar a boa-fé nas relações de consumo, onde há prestação de serviços intermediada em sistema de intercâmbio pelas rés.*** *Não há, portanto, razões para se reconhecer a ilegitimidade da correquerida para a causa, que deverá sim responder pela negativa velada de cobertura manifestada aos autores, cobrindo, consequentemente, o procedimento cirúrgico prescrito ao beneficiário. (Relator(a): Fábio Podestá; Comarca: Santos; Órgão julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 15/04/2015; Data de registro: 15/04/2015)*

Diante de todo o exposto, resta evidente, portanto, que o direito pleiteado na presente ação, possui total respaldo legal, doutrinário e jurisprudencial. Isto porque o princípio da boa-fé objetiva foi maculado desde o início da relação jurídica com a “venda” do “Sistema Unimed” (Teoria da Aparência- justificada expectativa do consumidor) e a quebra da confiança resultante da má administração da Unimed Paulistana gerando efeitos que alcançaram e violaram o contrato firmado com o(a) autor(a), que, conforme já demonstrado, não está tendo seu contrato cumprido, o que justifica, conforme argumentado, que todas as empresas do grupo econômico cumpram o contrato firmado.

**4. Do Dever De Manutenção De Toda A Rede Assistencial**

Com base na definição expressa no art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98[[4]](#footnote-4), a forma pela qual será prestada a assistência à saúde contratada, ou seja, se será através de livre escolha de prestadores ou de prestadores previamente credenciados ou referenciados, é parte essencial do serviço vendido sob o nome de plano de saúde.

Diante disso, evidente que toda a rede assistencial credenciada – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais – é parte integrante do contrato e consiste, como já mencionado anteriormente, em um dos principais fatores que definem a escolha do consumidor no momento de contratar um plano de saúde, já que este levará em consideração a qualidade dos prestadores credenciados/referenciados e também a localidade desses prestadores, se perto de sua residência, trabalho e município.

Nesse sentido, a própria ANS já determinou, por meio da RN nº 285/2012, que operadoras de planos de saúde divulguem, em seus portais na internet, a todos os cidadãos, independentemente de serem ou não consumidores de seus serviços, a rede credenciada/referenciada de todos os planos que comercializam.

De nada valeria essa determinação da Agência se após a contratação do plano com a rede mais adequada às suas necessidades, os consumidores ficassem sem acesso aos prestadores porque a operadora escolhida resolveu, simplesmente, transferir a prestação do serviço a outra empresa que não a da escolha do consumidor.

Dessa forma, considerando que o(a) autor(a) contratou o plano junto à Unimed Paulistana justamente pela rede prestadora de assistência, não há dúvidas que os médicos, laboratórios e hospitais ofertados à ele(a) fazem parte do contrato firmado.

Ora, se a rede assistencial é claramente uma das principais condições nos contratos de planos de saúde, evidente que toda ela deve ser mantida integralmente pelo Sistema Nacional Unimed, nas pessoas das corrés Central Nacional Unimed e Unimed Fesp.

Note-se que o artigo 10, §3º da Resolução 112/2005 prevê, mesmo nos casos de alienação compulsória da carteira, a necessidade de se cumprir com o artigo 4º da Resolução em comento, que assim dispõe:

*“Art. 4º* ***A operação de alienação de carteira voluntária, seja ela total ou parcial, deverá manter integralmente as condições vigentes dos contratos adquiridos sem restrições de direitos ou prejuízos para os beneficiários****.*

*§1º É vedado o estabelecimento de quaisquer carências adicionais nestes contratos, bem como a alteração das cláusulas de reajuste de contraprestação pecuniária, inclusive em relação à data de seu aniversário.*

***§2º A alteração da rede hospitalar credenciada ou referenciada deverá obedecer ao disposto no art.17 da Lei nº 9.656, de 1998.***

*§3º Na operação de alienação de carteira fica vedada a interrupção da prestação de assistência aos beneficiários da carteira da operadora alienante, principalmente aos que estejam em regime de internação hospitalar ou em tratamento continuado.*

*§4º No período de transição ocorrido entre a celebração do negócio jurídico de transferência da carteira e a assunção desta pela operadora adquirente, a responsabilidade pela prestação da assistência médico hospitalar e/ou odontológica permanece com a operadora alienante”.*

Cumpre observar ainda que, sendo a rede assistencial parte integrante do contrato, deve ela ser mantida obrigatoriamente, sob pena de configurar prática abusiva proibida pelo Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido, o Código de Defesa do Consumidor dispõe sobre o princípio do reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor (art. 4º, I,); a obrigação do prestador de serviços em cumprir a oferta realizada (art. 31); e a vedação da exigência de obrigação excessivamente onerosa ao consumidor (art. 39,V); a nulidade de cláusulas contratuais que: (i) impliquem em renúncia ou disposição de direitos; (ii) estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; (iii) que autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração; ou (iv) estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor (art. 51).

Ainda, conforme disposto no art. 170, V, da Constituição Federal, a ordem econômica é fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tendo por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os princípios da defesa do consumidor.

Dessa forma, para que não ocorram mais violações às normas consumeristas e constitucionais, de rigor, também que as requeridas Central Nacional Unimed e Unimed Fesp garantam não só a aplicabilidade do contrato firmado pelo(a) autor(a) junto à Unimed Paulistana quanto a reajuste e preços, carências e cobertura parcial temporária/pagamento de agravo e coberturas, mas também dê integral cumprimento quanto a rede assistencial ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica, sem prejuízo de outros direitos.

Ressalte-se, por fim, que referida manutenção é medida que se impõe com embasamento legal, haja vistas o teor do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal que determina que “a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”.

Diante de todo o exposto, não restam dúvidas que a Central Nacional Unimed e a Unimed Fesp são obrigadas a manter, no presente caso, toda a rede credenciada ou assistencial (hospitais, médicos, prestadores de serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial e quaisquer outros prestadores credenciados ou referenciados) contratada pelo(a) autor(a) junto à Unimed Paulistana.

**5. Do Dever das Requeridas de Indenizar**

Em decorrência do processo de alienação da carteira da Unimed Paulistana o(a) autor(a) sofreu enormes prejuízos, tendo em vista que *(descrever os prejuízos sofridos, juntando os documentos que os comprovem ex. teve de realizar determinado exame em rede particular anteriormente credenciada pelo plano contratado, nesse caso será necessário juntar o comprovante de pagamento desse exame para que este valor possa ser restituído)*.

Diante do exposto, patente é o prejuízo causado ao autor(a), que teve de arcar com o pagamento do *(tratamento, cirurgia, exame, etc)* diante da inoperância da requerida 01, que descumpriu o contrato ao não fornecer o atendimento médico que se esperava.

Portanto, tendo a requerida 01 cometido ato ilícito, e já restando comprovada a existência de solidariedade entre as requeridas, à luz do Código de Defesa do Consumidor e do Código Civil, devem ser as requeridas condenadas ao pagamento de indenização pelo dano material sofrido pelo(a) autor(a) no valor de R$ XXXX,XX *(DOCx – comprovante de pagamento).*

Nesse sentido dispõe os artigos 186 e 927 do Código Civil:

***Art. 186.*** *Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.*

***Art. 927.*** *Aquele que, por ato ilícito (Arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.*

*Parágrafo único. “Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.*

 Igual é o entendimento previsto nos artigos 6º, VI, 39, V, e 51, IV do Código de Defesa do Consumidor:

***Art. 6º*** *São direitos básicos do consumidor:*

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

***Art. 39.*** *É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:*

*V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;*

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

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

Ademais, deve-se atentar ainda ao dano moral sofrido pelo(a) autor(a), que, em um momento delicado, em que necessitava urgentemente de tratamento médico viu-se completamente desamparado(a) diante do descumprimento contratual por parte da Unimed Paulistana.

Não suficiente a angustia e aflição experimentadas pelo(a) autor(a) que, necessitando de tratamento viu-se impossibilitado de consegui-lo pelo seu plano de saúde, ainda que estivesse adimplente, os danos de ordem moral foram exacerbados pela ausência de posicionamento das requeridas, que deixaram o(a) autor(a) completamente à mercê da própria sorte. De tal modo, injustificada a ausência de prestação dos serviços de saúde contratados pelo(a) autor(a), faz o(a) autor(a) jus à reparação por esses danos experimentados.

Restam configurados, assim, todos os requisitos necessários para a fixação da responsabilidade civil das requeridas, quais sejam a conduta ilegal, o dano e o nexo de causalidade entre a conduta e o evento danoso, devendo, portanto, ser o(a) autor(a) indenizado pela Central Nacional Unimed e pela Unimed Fesp.

**III– Da Tutela Antecipada**

Diante do exposto, compareceu o(a) autor(a) perante este Juizado Especial Cível a fim de requerer que lhe seja concedido(a), em sede de liminar, **TUTELA ANTECIPADA** para que as requeridas, Central Nacional Unimed e Unimed Fesp, sejam obrigadas, desde então, a manter integralmente o contrato firmado, incluindo, toda a rede assistencial ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica, contratada pelo(a) autor(a) junto à Unimed Paulistana.

Tal requerimento é respaldado pela previsão do artigo 273 do Código de Processo Civil, que estabelece que o juiz poderá, quando requerido pela parte, antecipar total ou parcialmente os efeitos da tutela pretendida, desde que haja prova inequívoca da verossimilhança das alegações (ou sendo relevante o fundamento da demanda) e fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação (receio de perpetuar a abusividade até o provimento final).

No caso em comento, os supracitados requisitos encontram-se preenchidos, conforme será demonstrado a seguir.

No que concerne à verossimilhança da alegação, com existência de prova inequívoca, deve-se ressaltar que a questão aqui discutida é puramente de direito uma vez que o(a) autor(a), desde a decretação da alienação compulsória da Unimed Paulistana, encontra-se em situação de verdadeiro abandono já que a rede credenciada se recusa a atendê-lo(a), conforme faz prova documentos juntados *(DOC x – notificações desmarcando exames, protocolos de ligação em que há a recusa de marcar nova data para o exame etc).* Ou seja, toda a documentação pertinente a presente discussão já foi colacionada nesta Exordial.

Ademais, destaca-se ainda a ilegalidade da medida praticada pelas requeridas, que pretendem impor ao autor(a), visto que, diante do total desemparo em que este se encontra essa parece ser a única opção, novo contrato de plano de saúde com rede credenciada muito inferior à que possuía, além da cobrança de valores muito superiores àqueles anteriormente cobrados.

No que tange ao fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, tal fato também está presente já que desde o dia 02/09/2015, data em que foi decretada a alienação compulsória, o(a) autor(a), cliente da Unimed Paulistana, não têm tido o seu contrato de prestação de serviço garantido, já que a rede credenciada rescindiu o contrato e está negando atendimento. De tal modo, é evidente o prejuízo já que encontra-se o(a) autor(a) à deriva mesmo após anos de contribuição mensal com o citado plano de saúde. *(nesse ponto, caso apresente condição clínica de urgência, ex. tratamento oncológico que não pode ser interrompido, narrar também evidenciando que a interrupção pode gerar danos irreparáveis à saúde do(a) autor(a), inclusive sua morte)*

Portanto, se a Central Nacional da Unimed e a Unimed Fesp não forem responsabilizadas pela manutenção IMEDIATA deste contato vigente, será perpetuada a violação ao ato jurídico perfeito e ao direito adquirido.

Sendo assim, é pertinente citar o entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo, no sentido de, em casos análogos ao ora discutido, conceder tutela antecipada possibilitando a migração do plano de saúde, nas mesmas condições às contratadas anteriormente. Veja-se:

*AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. ALIENAÇÃO DE CARTEIRA DE CLIENTES DE UMA OPERADORA PARA OUTRA. MIGRAÇÃO NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA E ATENDIMENTO PELA ANTERIOR REDE CREDENCIADA. VEROSSIMILHANÇA DAS ALEGAÇÕES DA USUÁRIA DE QUE O ATUAL PLANO DE SAÚDE NÃO CONTEMPLA MESMA REDE DE PROFISSIONAIS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. REQUISITOS AUTORIZADORES DA CONCESSÃO DA LIMINAR PRESENTES. RECURSO PROVIDO.*

*1. Recurso interposto contra decisão que indeferiu pedido liminar, para que a agravada Unimed-Rio assegure à agravante, as mesmas condições de atendimento e rede credenciada oferecida pelo plano anterior (Golden Cross), emitido carteirinha correspondente.*

*2. Verossimilhança das alegações da agravante de que a Unimed-Rio deixou de disponibilizar a mesma rede credenciada de sua antecessora, onde costumava submeter-se a tratamento médico. Comunicado das operadoras que levam o consumidor a entender que serão mantidas as mesmas condições de atendimento e de profissionais e estabelecimentos médicos anteriores.*

*3. Razoabilidade da concessão da tutela antecipada, em sede de cognição sumária, diante da probabilidade de danos de difícil reparação à agravante idosa e em constante tratamento médico. Situação em que deve prevalecer, entre os bens jurídicos envolvidos, a saúde da agravada.*

*4. Agravo provido, com determinação.*

*(TJSP: AI: 21015667020148260000 SP Relator(a): Alexandre Lazzarini; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 29/07/2014; Data de registro: 29/07/2014)*

Demonstrada está, portanto, a presença cumulativa da verossimilhança do alegado, com documentação pertinente e suficientemente tida como prova inequívoca, além do dano já concretizado pela negativa de atendimento pela rede credenciada da Unimed Paulistana, sendo de suma importância a concessão da antecipação da tutela pretendida.

Desta feita, tendo em vista os fatos aqui narrados e os documentos juntados como prova inequívoca de razão que sobressai ao autor(a), sem embargo da verossimilhança de todo exposto, requer que lhe seja concedida, em sede de liminar, **TUTELA ANTECIPADA**, nos termos do artigo 273, CPC para:

1. Responsabilizar solidariamente a Central Nacional da Unimed e a Unimed Fesp pelo cumprimento integral de todas as condições adquiridas pelo(a) autor(a) no contrato vigente firmado com a Unimed Paulistana, tais como reajuste e preços, carências e cobertura parcial temporária/pagamento de agravo, coberturas e rede assistencial ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica, sem prejuízo de outros direitos.

**IV. Do pedido**

Diante de todo o exposto, requer-se:

1. A citação das requeridas para que compareçam na Audiência de Conciliação, Instrução e Julgamento, sob pena de sofrerem a aplicação dos efeitos da revelia, e, querendo, ofereçam sua contestação oportunamente sob pena de se presumirem verdadeiros todos os fatos narrados pela parte autora.
2. Que seja concedido, *inaudita altera pars*, o pedido liminar, acima especificado, qual seja, responsabilizar solidariamente a Central Nacional da Unimed e a Unimed Fesp pelo cumprimento integral de todas as condições adquiridas pelo(a) autor(a) no contrato vigente firmado com a Unimed Paulistana, tais como reajuste e preços, carências e cobertura parcial temporária/pagamento de agravo, coberturas e rede assistencial ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica, sem prejuízo de outros direitos.

**c) Que seja a presente ação julgada procedente, para:**

c.1) confirmar a tutela antecipada nos termos anteriormente requeridos;

c.2) declarar a responsabilidade solidária da Central Nacional Unimed e da Unimed Fesp e obrigá-las a cumprir integralmente todas as condições adquiridas pelo(a) autor(a) no contrato vigente firmado com a Unimed Paulistana, tais como reajuste e preços, carências e cobertura parcial temporária/pagamento de agravo, coberturas e rede assistencial ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica, sem prejuízo de outros direitos;

c.3) condenar as requeridas, Central Nacional Unimed e a Unimed Fesp, a indenizar o(a) autor(a) no valor de R$ XXX,XX *(colocar o valor dos prejuízos sofridos à título de danos materiais e morais),* tendo em vista os já comprovados prejuízos sofridos;

Informa ainda que provará o alegado, se necessário for, por todos os meios de prova em direito admitidos.

Dá-se à causa o valor de R$ *(colocar o valor a ser indenizado ou colocar o valor de um salário mínimo nacional)*

Nestes termos,

pede deferimento.

*(Local e data)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Nome e assinatura)*

1. A Unimed Paulistana integra o maior sistema de saúde da América Latina\* e, desde o seu início em 1971, aprimora o conceito de assistência médica para uma visão de saúde voltada à melhoria da qualidade de vida. Essa filosofia de trabalho visa, além do tratamento e reabilitação, à prevenção e promoção da saúde de seus clientes.

   A UP é uma empresa jovem e experiente. Jovem por estar alinhada com as mais modernas tecnologias de informação e por investir nas pessoas que trabalham na Cooperativa, buscando excelência nos serviços. É também uma empresa experiente, pelos 40 anos de atuação que garantem um alto comprometimento de seus médicos com a prática cooperativista e a saúde.

   Desde 2000, a Unimed Paulistana é gestora do Hospital Unimed Santa Helena, voltado para procedimentos de alta complexidade.

   \*O Sistema Unimed presta assistência para mais de 16 milhões de clientes e 73 mil empresas em todo País [↑](#footnote-ref-1)
2. MARQUES, Claudia lima – Contratos no Código de Defesa do Consumidor – São Paulo: RT, 1999 – p.104 [↑](#footnote-ref-2)
3. Art. 30. Toda informação ou publicidade, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos ou apresentados, obriga o fornecedor que a fizer veicular ou dela se utilizar e integra o contrato que vier a ser celebrado. [↑](#footnote-ref-3)
4. Art.1º. I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; [↑](#footnote-ref-4)