



Número: **0062989-36.2009.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **3ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**

Última distribuição : **20/08/2025**

Valor da causa: **R\$ 75.570,04**

Processo referência: **0062989-36.2009.8.14.0301**

Assuntos: **Obrigações de Fazer / Não Fazer**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
LAUDELINO PINTO SOARES (APELANTE)	GUSTAVO AMARAL PINHEIRO DA SILVA (ADVOGADO) ANTONIO LUCIO MARTIN DE MELLO (ADVOGADO)
ORMELINDA BARBOSA SILVA SOARES (APELANTE)	ANTONIO LUCIO MARTIN DE MELLO (ADVOGADO)
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELADO)	DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
29111164	12/08/2025 22:24	Acórdão	Acórdão

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0062989-36.2009.8.14.0301

APELANTE: ORMELINDA BARBOSA SILVA SOARES, LAUDELINO PINTO SOARES

APELADO: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

RELATOR(A): Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

EMENTA

Ementa:

DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS POR ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HOSPITAL FORA DA REDE CREDENCIADA. PARCIAL PROVIMENTO.

I. Caso em exame

1. Apelação cível interposta por beneficiária de plano de saúde coletivo empresarial contra sentença que julgou improcedente pedido de indenização por danos morais e materiais decorrente da negativa de reembolso de despesas médicas efetuadas em hospital não credenciado, em situação de urgência, em São Paulo. Alegação de cerceamento de defesa e má prestação do serviço por parte da operadora UNIMED BELÉM. Sentença recorrida que afastou responsabilidade da operadora e julgou improcedente o pedido.

II. Questão em discussão

2. A controvérsia cinge-se às seguintes questões jurídicas: (i) verificar-se a existência de obrigação contratual de reembolso, ainda que parcial, das despesas médicas custeadas pela beneficiária em hospital não conveniado, diante da situação de urgência; (ii) examinar-se a ocorrência de



cerceamento de defesa em razão do julgamento antecipado da lide sem produção de prova pericial e testemunhal; (iii) analisar-se a possibilidade de responsabilização solidária entre as cooperativas integrantes do Sistema Nacional UNIMED; (iv) aferir-se a caracterização de danos morais indenizáveis em decorrência da negativa de cobertura e de reembolso.

III. Razões de decidir

3. A relação contratual é regida pelas normas do Código de Defesa do Consumidor, conforme entendimento do STJ (Súmula 608).

4. O contrato firmado com a UNIMED BELÉM prevê cobertura nacional e admite reembolso em situações de urgência, nos termos dos arts. 15 a 18 do contrato e do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98.

5. Comprovada a urgência do procedimento realizado no Hospital do Coração (HCOR), a operadora não se desincumbiu do dever de reembolso parcial das despesas, nos limites de sua tabela contratual, não sendo razoável penalizar a consumidora por optar por unidade hospitalar não conveniada diante do risco iminente de morte do beneficiário.

6. Ainda que se reconheça a legalidade da cláusula de restrição à rede própria e conveniada, sua aplicação automática em caso de urgência compromete o equilíbrio contratual e viola o dever de boa-fé objetiva.

7. Não houve cerceamento de defesa, pois o conjunto probatório constante nos autos se revelou suficiente à formação do convencimento do juízo, com base no art. 355, I, do CPC.

8. Não ficou configurado o dano moral, pois, embora comprovado o desembolso pela apelante, houve realização do procedimento, não sendo demonstrada negativa abusiva ou injustificada de cobertura.

9. Aplica-se a jurisprudência pacífica do STJ que reconhece a possibilidade de reembolso limitado à tabela contratual em casos de urgência fora da rede conveniada (REsp 1.459.849/ES, EAREsp 1.829.813/DF).

IV. Dispositivo e tese

10. Recurso conhecido e parcialmente provido para reformar a sentença, reconhecendo o direito da autora ao reembolso das despesas médicas, nos limites da tabela da UNIMED BELÉM vigente à época do fato.

11. Mantida a improcedência quanto ao pedido de indenização por danos morais.

Tese de julgamento:

“1. É devida a restituição parcial das despesas médicas custeadas por beneficiário de plano de saúde com cobertura nacional, realizadas em hospital não credenciado, diante da comprovada urgência do procedimento, nos limites da tabela contratual da operadora local.



2. O julgamento antecipado da lide, fundado em prova documental suficiente, não configura cerceamento de defesa.

3. A negativa de reembolso parcial, quando prevista contratualmente e aplicada em hipóteses não abusivas, não enseja, por si só, indenização por danos morais."

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 196; CDC, arts. 6º, III e VIII, 14, 27; CPC, arts. 355, I e 370; Lei nº 9.656/1998, arts. 1º, 12, VI e 35-C.

Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp 1.459.849/ES, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, 2ª Seção, j. 14.10.2020; STJ, AgInt no AREsp 1.829.813/DF, Rel. Min. Moura Ribeiro, 3ª Turma, j. 23.05.2022; STJ, Súmula 608.

ACÓRDÃO

Vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Privado, na 26ª Sessão Ordinária de 2025, realizada por meio da ferramenta plenário virtual, sistema PJE, à unanimidade, em conhecer e dar parcial provimento ao recurso, nos termos do voto da Desembargadora Relatora.

Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Sr. Desembargador CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO.

Turma Julgadora: Desembargadora Maria Filomena de Almeida Buarque, Desembargador José Torquato Araújo de Alencar e o Desembargador José Antônio Ferreira Cavalcante.

Belém (PA), data registrada no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora



RELATÓRIO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

APELAÇÃO CÍVEL N° 0062989-36.2009.8.14.0301

APELANTE: ORMELINDA BARBOSA SILVA SOARES

APELADO: UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

RELATORA: DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Cuida-se de APELAÇÃO CÍVEL interposta por **ORMELINDA BARBOSA SILVA SOARES** contra a sentença proferida pelo Juízo da 8ª Vara Cível e Empresarial de Belém, nos autos de AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS, que julgou improcedente a demanda.

Narram os autos que ORMELINDA BARBOSA SILVA SOARES e LAUDELINO PINTO SOARES ajuizaram a AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS em face de UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

Informa os autores que são clientes da empresa ré há quase 10 anos através do plano empresarial da associação dos servidores do Tribunal de Contas Município – ASTCOM. Aduzem que o segundo requerente fora submetido a exames cardiológicos e fora constatado um aneurisma da aorta abdominal.

Esclarece que por possuir um plano de abrangência nacional, optou por se deslocar para a Cidade de São Paulo, a fim de saber mais sobre a gravidade do seu estado de saúde. Realizados novos exames, ficou sabendo que precisaria de procedimento cirúrgico em caráter de urgência.



Diante da situação, resolveu realizar o procedimento no Hospital do Coração – HRCOR por possuir bandeira da UNIMED em seus conveniados. Entretanto, ficou sabendo que a requerida não cobria qualquer exame pois seriam de alto custo, e o referido procedimento só seria realizado pela UNIMED-São Paulo.

Mesmo com a negativa do plano, o autor resolveu fazer a cirurgia as suas expensas, o que gerou um custo de R\$ 75.570,04 (setenta e cinco mil e quinhentos e setenta reais e quatro centavos), tudo por conta da negativa da ré em realizar os exames e a cirurgia. Tentou, amigavelmente, receber a referida quantia, porém sem ter recebido qualquer resposta.

Diante de todo o inconveniente sofrido, ingressou com a presente demanda.

Juntou documentos.

Citada, a requerida apresentou contestação às fls. 116/182.

Réplica à contestação às fls. 184/190.

Saneador às fls. 192

Pedidos de provas às fls. 195/197 pela requerida e 199 da requerente.

Perita nomeada às fls. 239.

Falecimento do autor LAUDELINO PINTO SOARES informado às fls. 245/261.

Alteração de representação processual às fls. 286.

Sobreveio a sentença lavrada nos seguintes termos:

(...)

Urge, neste primeiro momento, esclarecer que, no vertente caso, se impõe o julgamento antecipado da lide, na forma autorizada pelo artigo 355, inciso I, do Código de Processo Civil, tendo em vista a desnecessidade



de produção de outros meios de prova.

DA DISPENSA DA PERÍCIA – PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE E DO CONVENCIMENTO LIVRE E MOTIVADO DO JUIZ

Primeiramente, compulsando os autos verifico que diante da impossibilidade da realização perícia pelo falecimento do autor, torna-se desnecessária a produção de provas testemunhal e pericial para comprovar o fato, pois os elementos probatórios que constam nos autos são suficientes para este magistrado firmar seu entendimento.

Muito embora a providência seja imprescindível para a demonstração do dano material, este não é o único elemento fático e probatório para tanto, a autora colaciona amplo lastro probante neste sentido e da análise dos autos entendo que é desarrazoado imputar os inúmeros declínios periciais, estando essa demora obstaculizando a análise de mérito.

Não obstante seja o juiz o condutor do processo e o destinatário das provas, cabendo a ele determinar a importância de sua realização, tenho que é prudente a dispensa da referida prova. Importante salientar que somente é permitida a dispensa da perícia médica, em casos em que as provas dos autos demonstrarem, claramente, o que se pretende provar com a perícia.

Impende esclarecer que o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos, sendo certo, ademais, que o princípio do livre convencimento motivado apenas reclama do juiz que fundamente sua decisão, em face dos elementos dos autos e do ordenamento jurídico. Assim, em respeito ao princípio do livre convencimento motivado e da razoabilidade, pelo lapso temporal que o processo enfrenta.

DA RELAÇÃO DE CONSUMO

O caso em tela demonstra, claramente, a existência de relação de consumo entre as partes, amoldando-se elas aos conceitos de consumidor e de fornecedor, previstos, respectivamente, nos artigos 2º e 3º, da Lei 8.078/90.

Há, portanto, em relação aos autos, clara vulnerabilidade (técnica, jurídica, fática e informacional) frente aos réus.

O enquadramento do autor como consumidor se dá, sobretudo, pelo fato de que a cadeia de produção e comercialização do bem encerrou-se em suas mãos. Nesse sentido é o entendimento do Superior Tribunal de Justiça. Colaciono:

*PLANO DE SAÚDE - Reparação de danos materiais e morais. Recusa em efetuar o transporte da conveniada para hospital. Atendimento particular ante a falta de atendimento do plano de saúde, apesar de constar o hospital no livro de conveniados. Sentença de procedência determinando o pagamento de danos material consistente na restituição das quantias gastas com remoção e atendimento médico no valor de R\$ 11.690,00 mais R\$20.000,00 de indenização por dano moral. **Falha na prestação dos serviços do plano de saúde. Relação de consumo (CDC, art. 3o, § 2o). Presumível a vulnerabilidade e hipossuficiência da consumidora (CDC, arts. 4o, I, c.c. 6o, VIII).** Rejeitada a prejudicial de prescrição. Trata-se de relação de consumo regida pelo CDC e pela Lei nº 9656/98, regra especial de prescrição quinquenal. Inteligência do art. 27 do CDC Apelante não inovou o que já havia sido rechaçado na sentença. Motivação da sentença adotada como fundamentação do julgamento em segundo grau. Precedentes jurisprudenciais do STJ, STF e a previsão legal contida no art. 252 do RITJSP. Sentença mantida. Recurso improvido. (grifos nossos).*



(TJ-SP - APL: 990100780867 SP, Relator: James Siano, Data de Julgamento: 05/05/2010, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 13/05/2010).

DO MÉRITO

Cinge-se a Matéria sobre a possibilidade de imputar a responsabilidade à requerida de danos materiais e morais em face da má prestação do serviço de saúde que a autora entende em face de ter que ser submetida a tratamento clínico e cirúrgico em determinado hospital que o Plano não possui relação, qual seja, Hospital do Coração – HCOR na cidade de São Paulo.

Primeiramente restou comprovada a situação de saúde do autor, conforme laudos em fls. 57 sendo constatada a necessidade de internação para fins cirúrgicos.

Para que haja a responsabilização civil do requerido é necessária a presença de três requisitos, quais sejam: ilicitude da conduta, nexos de causalidade e dano. Ou seja, o direito à reparação do dano depende da concorrência de três requisitos, quais sejam, fato lesivo voluntário, causado pelo agente por ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência; ocorrência de um dano patrimonial ou moral; nexos de causalidade entre o dano e o comportamento do agente. Analisando os documentos acostados aos autos não parece haver dúvida que restou demonstrado que o requerido incorreu na má prestação de serviços médico o que levou a autora uma série de situações negativas.

A autora junta contrato de prestação de serviço do tipo CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO NOVO UNIPLAN – EMPRESARIAL AMBULATORIAL E HOSPITALAR. Assim, o Plano da autora tem cobertura Nacional, logo deve constar rol dos hospitais credenciados afetos a este plano.

De início, vislumbro que o contrato de prestação de serviço de assistência médico-hospitalar entabulado entre as partes, conquanto tenha cobertura para a patologia que acomete o autor, estabelece peremptoriamente a exclusão de abrangência contratual quanto às despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados à ré ou por entidades não credenciadas a ela, autorizando a cobertura, nesses casos, apenas nas hipóteses de urgência e emergência, senão vejamos:

Art. 9ª. Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e de rede própria ou por ela contratada, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos que disponha a prestadora do atendimento no local.

Parágrafo Único: Embora façam parte da rede contratada, os hospitais de tabela própria, conforme disposto no módulo específico, não estão incluídos na cobertura deste contrato, sendo necessária a contratação de seu opcional.

A matéria é afeta à saúde, direito humano assegurado constitucionalmente. Ou seja, está-se aqui defendendo dignidade de pessoa humana, a qual está presente em todo o texto constitucional, bem como do direito à saúde insculpida na mesma Carta Magna.

Reza o artigo 196 da Constituição Federal de 1988: “A saúde é direito



de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Dignidade Humana e saúde devem andar, portanto, unidas em prol da vida.

Analisando-se a peça inicial da autora confrontada com a contestação do réu, há de convir que a ré logrou êxito em contradizer os fatos aduzidos pela mesma, sendo sua responsabilidade de fornecer os serviços de saúde posto em dúvida o que levou este magistrado a entender que não houve falha neste sentido. A autora apenas optou por ser internada em hospital que não consta no contrato celebrado entre as partes.

De fato, a alegada má prestação de serviços nem sempre é culpa exclusiva do fornecedor, logo, diante do caso em questão entendo não ter sido o caso, uma vez que não restou comprovada as alegações do autor na exordial, de modo que a responsabilidade que busca frente a demandada não lhe pode ser imputada, porque não negou a prestação do serviço. Da mesma forma que a autora não pode estar obrigada a proceder de forma diversa ao contrato, igualmente o réu assim não precisa proceder, se no contrato consta expressamente que aquele hospital não faz parte da cobertura do seguro, não tem porque ser imputado tal responsabilidade a si, pois existem outros hospitais que deveria a autora recorrer, bastava simples informação prévia de que se tratava de hospital credenciado ou não em cobertura do plano contratado.

Sabe-se que o Código de Defesa do Consumidor e o novo Código Civil trouxeram ao mundo jurídico uma nova teoria contratual, permeada por princípios da eticidade. Dentre estes princípios, encontra-se a boa-fé objetiva, a qual está relacionada a deveres anexos ou laterais de conduta. Os referidos deveres, dentre outros, que não foram violados no presente caso, podem ser assim resumidos: dever de cuidado em relação à outra parte negocial; dever de respeito; dever de lealdade e probidade; dever de agir com honestidade; dever de agir conforme a confiança depositada. Assim, a requerida, no convencimento deste magistrado, prestou o serviço de saúde adequado a contratante não negando em nenhum momento a tal. A requerida possui hospital tabela própria, logo deveria a requerente procurar nesta um hospital para ter sido internada. Responsabilidade civil não configurada em desfavor do réu pela ausência do nexo de causalidade entre conduta e resultado danoso.

Dos Danos Morais e Materiais

Se não há que se falar em responsabilidade civil pela má prestação do serviço ou pela não prestação do serviço, prejudicada fica a arguição do dano moral e material. O dano moral pressupõe um prejuízo causado à orbita de direitos que não se circunscreve a valores materiais ou privados, porém, atingem de forma indiscriminada a pessoa naquilo que lhe é mais caro – com a devida licença poético-jurídica – : Sua parcela de individualidade que está assentada em princípios que suportam o que é fundamental no ser humano, que o torna diferente dos outros animais e das outras pessoas, que é essencialmente voltada para uma vida digna, que o integra a sua coletividade e que o vincula ao mundo de maneira viável enquanto personalidade criativa e dinâmica. Sem isto, é a dor do menoscabo, da discriminação, da injustiça, da sensação de que estamos sendo vilipendiados covardemente diante de uma situação da qual não



podemos oferecer resistência.

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça reconhece em um de seus inúmeros acórdãos a respeito do tema que:

“Na atual sistemática constitucional, o conceito de dano moral deve levar em consideração, eminentemente, a dignidade da pessoa humana – vértice valorativo e fundamental do Estado Democrático de Direito – conferindo-se à lesão de natureza extrapatrimonial dimensões mais amplas, em variadas perspectivas. O dano experimentado pelo ofendido qualifica-se como dano psíquico, conceituado pelo ilustre Desembargador RUI STOCO como o distúrbio ou perturbação causado à pessoa através de sensações anímicas desagradáveis (...), em que a pessoa é atingida na sua parte interior, anímica ou psíquica, através de inúmeras sensações dolorosas e importunastes, como, por exemplo, a ansiedade, a angústia, o sofrimento, a tristeza, o vazio, o medo, a insegurança, o desolamento e outros (Tratado de Responsabilidade Civil, São Paulo, RT, 2007, p. 1.678)” (Embargos de Divergência em REsp nº 1.127.913/RS (2013/0076325-0), Corte Especial do STJ, Rel. Napoleão Nunes Maia Filho. j. 04.06.2014, DJe 05.08.2014).

Estas são as premissas para a condenação em danos morais. Uma matriz principiológica que alberga uma série de possibilidades, uma vez que o ser humano não se cansa de criar novas formas de ofender a própria espécie.

Afinal, da leitura dos autos em que direção se volta a premissa acima exposta? Considero que não assiste razão a parte autora tendo em vista que não restou comprovado a ocorrência do alegado dano material e moral, porque ficou rompido o nexos causal afeto à responsabilidade civil, pois não houve negativa ou falha na prestação do serviço, não há que se falar em dano subjetivo.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, e considerando o que mais dos autos consta, JULGO IMPROCEDENTES os pedidos da autora, extinguindo o processo com resolução de mérito na forma do art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Condeno a parte autora ao pagamento das custas processuais, bem como honorários, que arbitro em 10% do valor da causa, cuja cobrança ficará suspensa, caso a parte autora seja beneficiário da justiça gratuita, nos termos do art. 98, §3º do CPC.

Quitadas as custas e certificado o trânsito em julgado, arquivem-se os autos, dando-se baixa na distribuição.

P.R.I.C.

Belém, 15 de julho de 2021.

MARCO ANTONIO LOBO CASTELO BRANCO
Juiz de Direito da 8ª Vara Cível e Empresarial da Capital



Inconformada **ORMELINDA BARBOSA SILVA SOARES** interpôs **APELAÇÃO CÍVEL**.

Alega a parte autora que:

- Firmou contrato de prestação de serviços médicos com a UNIMED BELÉM por meio da ASTCOM (Associação dos Servidores do Tribunal de Contas dos Municípios de Belém);
- O contrato previa cobertura nacional e, diante da urgência de saúde do seu cônjuge, o autor falecido **Laudelino Pinto Soares**, optou por atendimento no Hospital do Coração (HCOR), em São Paulo;
- Pagou, do próprio bolso, a quantia de **R\$ 75.570,04** pelo tratamento, acreditando estar amparada pelo contrato e pela marca UNIMED, que veicula a imagem de cobertura nacional;
- A negativa de reembolso decorreu da alegação da UNIMED BELÉM de que o hospital não era conveniado e integrava uma "tabela própria", exigindo contratação de módulo opcional não incluído no plano;
- A sentença de improcedência foi proferida **sem a devida instrução probatória**, uma vez que o juiz **antecipou o julgamento da lide**, mesmo após pedido de produção de prova testemunhal e após deferimento de prova pericial solicitada pela própria requerida;
- A urgência no atendimento foi demonstrada pelo falecimento do autor durante a tramitação do feito;
- O contrato é de adesão e não previa claramente exclusões ou condições de utilização da rede cooperada, especialmente em casos de urgência;
- A apelante **não teve ciência prévia ou adequada sobre as exclusões contratuais** nem sobre os critérios de funcionamento do sistema cooperativo da UNIMED;
- A publicidade institucional da UNIMED induz o consumidor à crença de que o atendimento será garantido em qualquer localidade do território nacional, promovendo **informação enganosa e violação aos princípios da boa-fé e transparência**.

Argumenta que:

- O **Sistema Nacional Unimed** deve ser considerado **solidariamente responsável** pelas obrigações assumidas pelas cooperativas que o integram, conforme decisões do **STJ (REsp 1377899/SP)** e do **TJSP**, em função da utilização comum da marca e da indução do consumidor a erro sobre a abrangência dos serviços;
- O julgamento antecipado, sem a devida produção de provas, configura **cerceamento de defesa**, violando os princípios constitucionais do contraditório, ampla defesa e devido processo legal;
- O contrato deveria ser interpretado em favor da parte aderente, especialmente por tratar-se de relação de consumo;



- A jurisprudência nacional já reconhece que **planos de saúde que se anunciam como de cobertura nacional não podem se esquivar de reembolsar atendimentos prestados em situações de urgência, ainda que fora da rede conveniada local.**

Sustenta ainda que:

- A decisão foi proferida **sem enfrentar a questão da responsabilidade solidária das cooperativas UNIMED**, central para o deslinde da controvérsia;
- A UNIMED não demonstrou ter oferecido alternativa viável de atendimento ao paciente, que se encontrava em situação crítica de saúde;
- A sentença se baseou **exclusivamente na literalidade contratual**, sem ponderar sobre os deveres legais de informação, boa-fé e equilíbrio contratual impostos pelo Código de Defesa do Consumidor;
- A urgência no atendimento médico justifica a adoção de medidas excepcionais, inclusive pagamento direto pelo consumidor, com posterior reembolso.

Por fim, requer que:

- Seja conhecido e provido o recurso de apelação, **reformando-se a sentença de improcedência**;
- Seja reconhecida a **nulidade da sentença por cerceamento de defesa**, determinando-se o retorno dos autos à origem para instrução adequada com produção de provas;
- Subsidiariamente, que o Tribunal **reconheça o direito ao reembolso integral das despesas médicas pagas pela autora**, com base na **responsabilidade solidária das cooperativas UNIMED**, na **publicidade enganosa**, na **urgência do caso concreto** e na **má prestação dos serviços de saúde**;
- Seja reconhecida a existência de danos morais e materiais, com a devida reparação, nos termos dos artigos 186 e 927 do Código Civil e do CDC.

Em contrarrazões, a UNIMED Belém defende a legalidade de sua conduta, alegando que o hospital escolhido não fazia parte da rede credenciada e que o plano não previa reembolso para atendimentos fora da rede, salvo em casos excepcionais devidamente autorizados. Argumenta que não houve negativa de atendimento, mas sim escolha pessoal da autora por tratamento fora dos limites contratuais. Requer o não provimento da apelação.

É O RELATÓRIO.

VOTO



Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal conheço do recurso.

A controvérsia devolvida a este Tribunal cinge-se à pretensão de reembolso de despesas médicas decorrentes de procedimento cirúrgico realizado em unidade hospitalar situada fora da rede conveniada à operadora UNIMED BELÉM, por beneficiário de plano de saúde com abrangência nacional, sob alegação de urgência do tratamento e má prestação de serviço, além de suposta violação aos deveres de informação e boa-fé contratual.

Inicialmente, cumpre destacar que a relação jurídica em exame é indiscutivelmente regida pelas normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor, nos termos do artigo 1º da Lei 8.078/90, e conforme entendimento consolidado na Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Conforme se depreende dos autos, ORMELINDA BARBOSA SILVA SOARES figura como beneficiária de plano de saúde coletivo empresarial celebrado pela ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS com a UNIMED BELÉM, possuindo cobertura nacional, conforme proposta de admissão constante no ID. n. 27275911 - pág. 5. As regras contratuais que disciplinam a cobertura e as hipóteses de reembolso estão devidamente juntadas no ID. n. 27275911 - pág. 6 a ID. n. 27276076 - pág. 1.

O contrato estabelece expressamente a possibilidade de reembolso nos casos de urgência ou emergência, nos termos do art. 15 e seguintes (ID. n. 27275914 - pág. 1), condicionando-o à impossibilidade comprovada de utilização da rede credenciada e à apresentação da documentação exigida, vejamos:

CAPÍTULO V - DO REEMBOLSO

Art. 15. A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro do território nacional, nos casos **exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados** pelo Sistema Nacional UNIMED.

Art. 16. O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA, para procedimentos idênticos ou similares, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

a) requerimento de solicitação de reembolso;



- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e das respectivas notas fiscais;
- f) Qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pela UNIMED.

§1º. Os documentos de que trata este artigo, deverão ser entregues à UNIMED, no prazo máximo de até **30 (trinta) dias corridos**, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar.

§2º. Se a documentação **não** contiver todos os dados comprobatórios que permitam a decisão correta do ressarcimento, a UNIMED poderá solicitar do beneficiário documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos da chegada da documentação respectiva, o que **acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias corridos a partir da entrega.**

Art. 17. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Art. 18. Os valores aprovados para ressarcimento serão pagos ao CONTRATANTE ou ao seu representante legal ou procurador, mediante apresentação de seu CPF, e mediante recibo, respeitada a legislação da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

A Lei n. 9.656/98, em seu art. 12, VI, corrobora tal obrigação legal, impondo às operadoras o dever de reembolsar, nos limites contratuais, despesas em casos de urgência, quando inviável o uso da rede contratada, vejamos:

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 e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm] (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14454.htm#art2]



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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que trata o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

a) custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

c) reembolso de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]



f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

(...)

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

(...)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1]

Na espécie, restou incontroverso que o falecido cônjuge da apelante, LAUDELINO PINTO SOARES, foi submetido a procedimento de correção de aneurisma da aorta abdominal no Hospital do Coração – HCOR, em São Paulo, entre os dias 13 e 19 de maio de 2009 (ID. n. 27276076 - pág. 5 e seguintes), havendo indicação clínica de urgência e risco de morte, como demonstrado nos laudos médicos anexados. Os documentos comprobatórios das despesas (ID. n. 27276079 - pág. 2) e o requerimento de reembolso (ID. n. 27276079 - pág. 4) foram tempestivamente apresentados.

Ainda que o HCOR esteja incluído em categoria diferenciada da UNIMED PAULISTANA (ID. n. 27276125 - pág. 1), tal fato não exime a UNIMED BELÉM da obrigação de reembolsar os gastos realizados em caráter emergencial, até o limite previsto na tabela de sua rede credenciada, nos moldes dos arts. 15 a 18 do contrato e da legislação aplicável.

É pacífico na jurisprudência o entendimento de que a negativa de reembolso, mesmo diante de emergência médica e contrato com cobertura nacional, configura falha na prestação do serviço, autorizando a restituição das despesas na forma contratada, vejamos:

PLANO DE SAÚDE. AGRAVO INTERNO. ESTABELECIMENTO DE REDE



CREDENCIADA. POSSIBILIDADE . REEMBOLSO, NOS LIMITES DA TABELA DO PLANO DE SAÚDE. APENAS EM SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. 1. A colenda Segunda Seção firmou o entendimento de que "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp 1.459.849/ES, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, j. em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020) (AgInt no AgInt no AREsp n . 1.829.813/DF, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 23/5/2022, DJe de 25/5/2022). Com efeito," segundo a jurisprudência desta Corte, o reembolso de despesas hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento " (AgInt no AREsp n . 1.289.621/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, DJe de 28/5/2021). 2 . O alegado fato de o nosocômio de escolha da recorrente fazer parte da rede credenciada de planos de saúde da "Unimed Paulistana", a toda evidência, não significa que é da rede credenciada de todos os planos de Saúde mesmo daquela Unimed, tampouco do plano de saúde específico da agravante (Unimed de Cuiabá). Isso porque os direitos dos usuários do plano de saúde, mormente a questão da rede credenciada, devem ser examinados à luz de cada plano de saúde específico, isto é, da respectiva relação contratual. 3. Agravo interno não provido .

(STJ - AgInt no AREsp: 1585959 MT 2019/0278813-3, Data de Julgamento: 08/08/2022, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 15/08/2022)

AGRAVO INTERNO. PLANO DE SAÚDE. ESTABELECIMENTO DE REDE CREDENCIADA. POSSIBILIDADE, POR EXPRESSA PREVISÃO NA LEI ESPECIAL DE REGÊNCIA . PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO REALIZADO POR CIRURGIÃO RENOMADO, EM NOSOCÔMIO SITUADO NA CAPITAL DE OUTRO ESTADO, UNILATERALMENTE ESCOLHIDOS E IMPOSTOS PELO USUÁRIO. REEMBOLSO, NOS LIMITES DA TABELA DO PLANO DE SAÚDE. APENAS EM SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS, SALVO PREVISÃO CONTRATUAL DIVERSA. CONTRATO QUE PREVÊ REEMBOLSO, NOS LIMITES DA TABELA . PRETENSÃO DE REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS, EM MONTANTE AO SUPERIOR AO DA TABELA DA RELAÇÃO CONTRATUAL. PLEITO RECURSAL DESARRAZOADO. 1. Conforme pacificado pela Segunda Seção, salvo expressa previsão contratual diversa, o "reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp n . 1.459.849/ES, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, DJe de 17/12/2020). 2 . "É firme a orientação do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que,



nas hipóteses em que não se afigurar possível a utilização dos serviços credenciados, como é o caso das situações emergenciais, o reembolso poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde. Precedentes" (AgInt no REsp n. 1.946 .918/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe de 25/5/2022.). No caso, como admitido pela própria seguradora, o contrato prevê o reembolso para procedimentos fora da rede credenciada - nos limites da tabela do seguro de saúde -, sendo certo que trata-se de procedimento cirúrgico eletivo, passível de realização pela rede credenciada, tendo havido opção do Autor por se deslocar para a capital de outro Estado para planejamento com cirurgião renomado e submissão à cirurgia eletiva com a equipe desse profissional - sem ser, pois, em circunstância em que tivesse sido surpreendido por situação de urgência ou emergência, que ainda assim não afastaria a limitação ao valor de tabela do plano de saúde. 3 . "O fato de contratos de saúde suplementar se sujeitarem ao Código de Defesa do Consumidor não significa que a cobertura deve extrapolar os limites do contrato. Cumpre ao Poder Judiciário agir com cautela para evitar decisões desastrosas, com a autorização de acesso a medicamentos, produtos e serviços sem base em evidência científica ou por falta de cobertura contratual, porque isso causa abalo indevido na sustentação econômica das operadoras de saúde, e também devido ao fato de que o aumento da sinistralidade norteia o aumento das mensalidades do ano seguinte, penalizando indevidamente os demais participantes dos planos individuais e coletivos de saúde, além de causar uma desestruturação administrativa (DRESCH, Renato Luís. As medidas de otimização da judicialização: o Natjus e as Câmaras Técnicas. Revista de Direito da Saúde Suplementar . São Paulo: Quartier Latin. Ed. n. 1, 2017, p . 122-126)" (AgInt nos EDcl no AREsp 1403514/ES, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 16/11/2020, DJe 23/11/2020). 4. Agravo interno não provido .

(STJ - AgInt no REsp: 1764928 RN 2018/0230208-5, Data de Julgamento: 13/06/2022, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 17/06/2022)

Não se trata aqui de impor à operadora o custeio de serviço eletivo em instituição não conveniada, mas de garantir ao consumidor, em estado de urgência, o direito de buscar o tratamento necessário onde disponível, sem prejuízo do posterior reembolso contratual.

No tocante ao pedido de nulidade por cerceamento de defesa, rejeita-se a alegação. O conjunto probatório é essencialmente documental e os elementos constantes dos autos são suficientes para a formação do juízo de mérito, nos termos do art. 370, parágrafo único, e art. 355, inciso I, do CPC.

Todavia, não assiste razão à parte apelante quanto ao pedido de reembolso integral das despesas, no valor total de R\$ 75.570,04, pois o contrato impõe limite à restituição, o qual deve observar os parâmetros adotados pela rede da UNIMED BELÉM, o que restringe a condenação ao valor correspondente à tabela vigente à época dos fatos.



Quanto ao dano moral, não se verificam nos autos elementos suficientes para sua caracterização, tendo em vista que, apesar do transtorno vivenciado, houve efetiva realização do procedimento e não se demonstrou recusa indevida da cobertura, mas tão somente o exercício de cláusula contratual que delimita o alcance do reembolso.

Assim, configurado o dever parcial de reembolso das despesas médicas no limite contratual, impõe-se a reforma parcial da sentença para julgar parcialmente procedentes os pedidos iniciais.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, dou parcial provimento ao recurso de apelação para reformar a sentença e julgar parcialmente procedente o pedido, condenando a UNIMED BELÉM ao reembolso das despesas médicas efetuadas pela autora, no limite dos valores previstos na tabela da rede credenciada vigente à época do evento, observado o procedimento de urgência comprovado nos autos, conforme cláusulas contratuais e legislação aplicável.

Mantém-se, no mais, a sentença quanto à improcedência do pedido de indenização por danos morais.

Condeno a ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, os quais fixo em 20% sobre o valor da condenação, na forma do art. 85, §2º, do CPC.

É como voto.

INT.

Belém (PA), data registrada no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora



Belém, 11/08/2025



Este documento foi gerado pelo usuário 012.***.***-18 em 21/08/2025 10:34:39

Número do documento: 25081222242964900000028286387

<https://pje.tjpa.jus.br:443/pje-2g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25081222242964900000028286387>

Assinado eletronicamente por: MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE - 12/08/2025 22:24:29