



Número: **0806212-44.2024.8.14.0051**

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\$ 1.412,00**

Processo referência: **0806212-44.2024.8.14.0051**

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

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Advogados
UNIMED OESTE DO PARA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELANTE)	LAUDELINO HORACIO DA SILVA FILHO (ADVOGADO)
SETEMBRINA TEREZA DO SOCORRO MARIA FERREIRA ARAGAO (APELADO)	RODOLFO CAMPOS SALES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
29110758	12/08/2025 22:18	Acórdão	Acórdão

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0806212-44.2024.8.14.0051

APELANTE: UNIMED OESTE DO PARA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

APELADO: SETEMBRINA TEREZA DO SOCORRO MARIA FERREIRA ARAGAO

RELATOR(A): Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

EMENTA

***Ementa:* DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. QUEBRA DE CONFIANÇA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE. CUSTEIO DE PROCEDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. RECURSO DESPROVIDO.**

I. CASO EM EXAME

Trata-se de Apelação Cível interposta pela operadora de plano de saúde contra sentença que a condenou a custear cirurgia de tireoidectomia para beneficiária com diagnóstico de nódulo suspeito de câncer. A controvérsia originou-se da justificada quebra de confiança da paciente em relação ao médico da rede credenciada, o que a levou a optar por um profissional não conveniado. A sentença de primeiro grau julgou a ação procedente, confirmando a tutela de urgência que havia determinado a cobertura integral do procedimento.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

A questão em discussão consiste em saber se a justificada quebra de confiança da beneficiária em relação ao profissional da rede credenciada constitui fundamento válido para obrigar a operadora de plano de saúde a custear integralmente procedimento cirúrgico realizado por médico de livre escolha, não pertencente à rede.

III. RAZÕES DE DECIDIR

1. A relação jurídica entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário é de consumo, sujeitando-se às normas do Código de Defesa do Consumidor, conforme a Súmula 608 do STJ.
2. Embora a regra geral seja a utilização da rede credenciada, a sua aplicação não é absoluta. A quebra da relação de confiança entre o paciente e o médico da rede, quando devidamente justificada — como no caso, em que o profissional indicado pela operadora minimizou a urgência de um quadro com suspeita de câncer —, configura falha na prestação do serviço.
3. Forçar a beneficiária a se tratar com um profissional em quem não confia



viola a dignidade da pessoa humana e a boa-fé objetiva. Tal imposição equivale a uma recusa de cobertura, pois cria um obstáculo que inviabiliza o tratamento de forma segura, tornando legítima a busca por outro especialista e impositivo o dever de custeio integral pelo plano.

IV. DISPOSITIVO E TESE

Recurso desprovido.

Tese de julgamento: "1. A quebra da relação de confiança entre o paciente e o médico da rede credenciada, quando devidamente justificada, configura falha na prestação do serviço e equipara-se à negativa de cobertura, impondo à operadora do plano de saúde o dever de custear o tratamento com profissional de livre escolha do beneficiário, ainda que fora da rede conveniada."

Dispositivos relevantes citados: Lei nº 9.656/98; Código de Defesa do Consumidor; Código de Processo Civil, art. 85, §§ 2º e 11; Código Civil.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula 608; STJ, AgInt no AREsp n. 1.493.595/SP; TJ-SP, AC 1009589-64.2021.8.26.0001; TJ-SP, AC 1066024-86.2020.8.26.0100; TJ-PA, AI 0807023-60.2024.8.14.0000.

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 negar 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

ORIGEM: 4ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL DE SANTARÉM

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0806212-44.2024.8.14.0051

APELANTE: UNIMED OESTE DO PARÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELADA: SETEMBRINA TEREZA DO SOCORRO MARIA FERREIRA ARAGÃO

RELATORA: DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

RELATÓRIO

Trata-se de **Apelação Cível** interposta pela **UNIMED OESTE DO PARÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** contra a sentença proferida pelo Juízo da 4ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Santarém/PA, que julgou procedente a Ação de Obrigação de Fazer c/c Pedido de Tutela Antecipada de Urgência, ajuizada por **SETEMBRINA TEREZA DO SOCORRO MARIA FERREIRA ARAGÃO**.

Breve retrospecto processual.

Segundo consta da petição inicial (ID 26722087), a parte autora é beneficiária de plano de saúde fornecido pela requerida e encontra-se adimplente com suas obrigações contratuais.

Alega que, após exames de imagem, foi diagnosticada com um nódulo suspeito de câncer na tireoide, sendo, por isso, encaminhada, com urgência, para cirurgia de tireoidectomia pelo médico credenciado Dr. Marcos Fortes.

Afirma, contudo, que o plano de saúde negou cobertura para o procedimento cirúrgico recomendado, o que lhe causou profundo abalo psicológico diante da urgência do quadro clínico e do risco oncológico. Diante da recusa, buscou o Judiciário para compelir a ré a autorizar o procedimento e pleiteou indenização por danos morais.



Juntou documentos de praxe.

Foi deferida tutela antecipada (ID 26722120) para determinar que a ré autorizasse e arcasse com os custos da cirurgia, no prazo de 24 horas, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00.

Citada, a requerida apresentou contestação de ID 26722138, sustentando, em síntese, que não haveria negativa indevida, mas apenas a exigência de cumprimento dos trâmites internos e apresentação de documentação.

Alega ausência de ato ilícito e impugna o pedido de indenização por danos morais. Requer a improcedência do pedido.

Despacho saneador no ID 26722150.

Sobreveio a sentença lavrada nos seguintes termos (id. 26722164):

(...) Estou por julgar procedente o pedido da parte autora.

A controvérsia gira em torno da legalidade da recusa da operadora de plano de saúde em autorizar procedimento cirúrgico indicado com urgência para nódulo suspeito de câncer na tireoide.

A jurisprudência pátria é pacífica quanto à abusividade da negativa de cobertura em situações de urgência e emergência, especialmente quando há risco oncológico e recomendação médica expressa.

O art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98, estabelece que é obrigatória a cobertura de atendimento nos casos de emergência, definidos como aqueles que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis. O Código de Defesa do Consumidor (art. 6º, I e VI) reforça o direito à saúde e a vedação a práticas abusivas.

Como leciona Paulo Nader, “não pode a operadora do plano de saúde, a pretexto de cláusulas contratuais ou exigências burocráticas, impedir a efetiva proteção à saúde do consumidor, sobretudo em casos urgentes”.

No caso, a documentação médica apresentada demonstra a necessidade do procedimento, que foi indicado por profissional credenciado da própria ré, o que reforça a urgência e a responsabilidade da operadora.

É firme o entendimento jurídico de que o contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares celebrado entre a consumidora e a operadora de plano de saúde cria obrigações mútuas, impondo à requerida o dever inarredável de garantir o atendimento e tratamento prescrito por profissional habilitado, sobretudo em casos de urgência e risco à saúde ou à vida da paciente.

A negativa de cobertura, sob justificativas administrativas ou alegações de inexistência de especialista credenciado, não pode se sobrepor à obrigação contratual assumida e à necessidade clínica comprovada, principalmente



quando se trata de enfermidade grave e tratamento indicado por profissional com expertise reconhecida na área.

Admitir que a requerida se exima de sua responsabilidade contratual com base em limitações de sua rede credenciada ou em interpretações restritivas das cláusulas do contrato importaria em afronta direta aos princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da dignidade da pessoa humana.

Nos termos da legislação aplicável (CDC, Lei nº 9.656/98 e Código Civil), tais cláusulas restritivas são nulas de pleno direito quando impõem desvantagem excessiva ao consumidor ou impedem a fruição do objeto principal do contrato – a assistência à saúde. Portanto, em hipóteses como a presente, a prestação do serviço de forma integral, célere e eficaz não é mera faculdade da operadora, mas sim um dever jurídico incontornável.

Ademais, conforme se extrai dos documentos acostados aos autos, o procedimento cirúrgico prescrito pela médica especialista foi, de fato, realizado com êxito, atendendo à finalidade essencial da presente ação: a obtenção da tutela necessária à preservação da saúde e da própria vida da requerente.

O bem da vida pleiteado – consistente na autorização e custeio da cirurgia de tireoidectomia – foi, portanto, integralmente alcançado, o que demonstra a efetividade da medida judicial pleiteada e deferida em sede de tutela provisória.

Diante da concretização da obrigação de fazer imposta à requerida, torna-se evidente que a presente demanda encontra-se satisfeita em sua integralidade.

Já não subsistindo resistência da parte ré quanto ao cumprimento da obrigação principal, resta configurada a perda superveniente do objeto, sendo cabível o reconhecimento da extinção do feito, com resolução de mérito, nos termos do art. 487, inciso III, alínea “b”, do Código de Processo Civil.

Diante do exposto, JULGO PROCEDENTE O PEDIDO para tornar definitiva a tutela antecipada deferida no ID 113191764, mantendo seus efeitos; e confirmar a obrigação da requerida de autorizar e custear integralmente a cirurgia de tireoidectomia, conforme prescrição médica. Por consequência, julgo extinto o processo, COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO, nos termos do art. 487, I, do CPC.

Condeno a ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 10% sobre o proveito econômico obtido, nos termos do art. 85, §2º, do CPC.

Em caso de eventual apelação, intime-se a parte adversa para as contrarrazões, encaminhando-se, em seguida, ao Tribunal de Justiça.

Transitado em julgado, expeça-se o mandado necessário e arquivem-se os autos.

Publique-se. Registre-se e Intime-se.

SERVE UMA VIA ORIGINAL DESTA COMO MANDADO.

Santarém-PA, data registrada no sistema.

COSME FERREIRA NETO

Juiz de Direito

A sentença recorrida, então, confirmou a tutela de urgência e condenou a Apelante a autorizar e custear integralmente a cirurgia de tireoidectomia da Apelada, a ser realizada pela Dra. Cisa Salgado, médica não pertencente à rede credenciada da operadora.

Em suas razões recursais (APELAÇÃO no id. 26722166), a Apelante reitera os argumentos de



que não houve recusa indevida de cobertura, mas sim a oferta de profissional qualificado em sua rede, e que a escolha particular da Apelada não se enquadra nas hipóteses excepcionais que obrigariam o custeio fora da rede, pugnando pela reforma integral da sentença.

Em contrarrazões (id. 26722187), a Apelada defende a manutenção do julgado, reforçando a tese da urgência do procedimento e da quebra de confiança no profissional indicado pela Apelante, o que legitimaria sua busca por outro especialista e o dever de custeio pelo plano de saúde.

Decisão de id. 26936362, na qual o Exmº Desembargador AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES apontou minha prevenção para o feito, em decorrência da existência anterior de recurso de Agravo de Instrumento nº 0807023-60.2024.8.14.0000, que foi distribuído sob minha relatoria, tendo havido decisão monocrática negando provimento ao recurso, por entender, naquele momento, que a demonstrada quebra de confiança entre a paciente e o médico da rede credenciada justificava a manutenção da tutela de urgência.

É o relatório.

VOTO

VOTO

A EXMA. DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE:

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, **conheço** do presente recurso.

A questão central a ser dirimida nesta instância recursal é se a quebra da relação de confiança entre o beneficiário do plano de saúde e o médico da rede credenciada constitui fundamento idôneo para obrigar a operadora a custear procedimento com profissional de livre escolha do paciente, não conveniado.

DA RELAÇÃO DE CONSUMO E DA APLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE

Inicialmente, cumpre ressaltar que a relação jurídica estabelecida entre a operadora de plano de saúde e a beneficiária é de consumo, sujeitando-se, portanto, às normas do Código de Defesa do Consumidor (CDC), conforme entendimento sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça:



Súmula 608, STJ: *Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*

Além do CDC, a matéria é regulada pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

DA OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA E DA REDE CREDENCIADA

No caso em tela, a parte autora/agravada juntou aos autos laudo comprovando a existência de nódulo em lóbulo direito de tireoide (exame de ids. 112832223 a 112832230), o que tornaria necessária a realização do procedimento indicado pelo médico responsável (id. 112832232 – pág. 1).

De início, é imperioso reconhecer que a regra geral nos contratos de plano de saúde é a utilização dos serviços oferecidos pela rede credenciada. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é consolidada no sentido de que a obrigatoriedade de cobertura por prestadores não conveniados é uma excepcionalidade, restrita, em regra, a casos de inexistência ou insuficiência de profissional/estabelecimento na rede, ou em situações de urgência e emergência que impossibilitem o uso dos serviços contratados.

Contudo, a aplicação dessa regra não pode ocorrer de forma absoluta e dissociada das particularidades do caso concreto e dos princípios que regem as relações de consumo, notadamente a boa-fé objetiva e a dignidade da pessoa humana.

No presente caso, a Apelada, diante de um diagnóstico de nódulo com suspeita de câncer – situação que, por si só, gera extrema angústia e vulnerabilidade –, foi encaminhada a um profissional da rede credenciada, o Dr. Marcos Fortes. Conforme narrado nos autos e não impugnado especificamente pela Apelante, o referido médico, em um primeiro momento, teria afastado a necessidade da intervenção cirúrgica, sugerindo um procedimento para "murchar o nódulo".

Tal conduta, para uma paciente com suspeita de doença grave, tem o condão de minar a confiança, elemento essencial e indispensável na relação médico-paciente. Não se trata de um mero capricho ou de uma escolha imotivada por profissional "de grife". Trata-se de uma justificada insegurança em submeter sua vida e sua saúde aos cuidados de um profissional cuja primeira avaliação se mostrou dissonante da urgência que o quadro clínico parecia exigir, o que posteriormente foi confirmado por outra especialista.

Forçar a beneficiária a realizar um procedimento cirúrgico de alta complexidade com um



profissional em quem não mais confia representa uma violação à sua autonomia e à sua dignidade. A confiança não é um elemento acessório, mas sim um pilar fundamental para a adequada prestação do serviço de saúde. Uma vez quebrada por ato do preposto da operadora, configura-se uma falha na prestação do serviço, pois o plano de saúde não ofereceu apenas um médico, mas um serviço que se revelou inadequado do ponto de vista da relação de confiança da paciente.

É dizer, a negativa da autora em passar por procedimento/intervenção cirúrgica com o único médico credenciado pela operadora (id. 112832236 – pág. 5) não é desarrazoada, uma vez que este teria descartado a necessidade da intervenção cirúrgica e, ante a quebra de confiança entre paciente e médico, devidamente justificada, não se recomenda fosse feito qualquer procedimento, ou análise, por tal profissional.

Nesse sentido, a recusa do plano em não autorizar a cirurgia com a profissional escolhida pela Apelada, após a justificada quebra de confiança, equivale a uma negativa de cobertura, pois impõe à beneficiária uma condição (ser operada pelo médico que gerou a desconfiança) que, na prática, inviabiliza o tratamento de forma segura e tranquila.

A jurisprudência, embora restritiva, tem abrandado a regra da rede credenciada em situações em que a conduta da operadora se mostra abusiva. O Superior Tribunal de Justiça já reconheceu que a demora injustificada na autorização de procedimentos configura conduta ilícita e gera o dever de indenizar, por entender que tal espera agrava a situação de aflição do paciente. No caso em tela, a imposição de um profissional em quem a paciente não confia, gerando o impasse, equivale a uma recusa velada e a uma demora injustificada, atraindo a mesma *ratio decidendi*.

Sendo assim, a demora para a autorização do tratamento sugerido como prioritário e urgente, sem justificativa plausível, caracteriza defeito na prestação do serviço da operadora do plano de saúde, conforme sedimentado na jurisprudência do C. STJ:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. DEMORA INJUSTIFICADA PARA AUTORIZAÇÃO. NEGATIVA DE COBERTURA E ABUSIVIDADE RECONHECIDAS PELO ACÓRDÃO RECORRIDO. CABIMENTO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PRECEDENTES. APLICAÇÃO DAS SÚMULAS N. 83/STJ E N. 7/STJ. MONTANTE INDENIZATÓRIO. PLEITO DE REDUÇÃO. NÃO DEMONSTRADA A EXORBITÂNCIA DO VALOR FIXADO NAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. É pacífica a jurisprudência da Segunda Seção no sentido de reconhecer a existência do dano moral nas hipóteses de recusa injustificada pela operadora de plano de saúde, em autorizar tratamento a que estivesse legal ou contratualmente obrigada, por configurar comportamento abusivo. Incidência da Súmula n. 83/STJ. 2. A Corte estadual, ao analisar as circunstâncias contidas nos autos e o conjunto fático-probatório produzido no caso concreto, entendeu que foi comprovada a falha na prestação dos serviços oferecidos pela



recorrente e que a parte autora passou por excessivo abalo, que extrapolou os limites do mero dissabor, razão pela qual a indenização pelos danos morais seria devida. Dessa forma, a alteração das premissas estabelecidas no acórdão recorrido implicaria necessariamente o reexame fático-probatório, o que é vedado na via do recurso especial, em razão da incidência da Súmula n. 7/STJ. 3. O valor arbitrado a título de danos morais pelo Julgador a quo observou os critérios de proporcionalidade e de razoabilidade, visto que o montante fixado não se revela exorbitante, e sua eventual redução demandaria reexame de provas (Súmula n. 7/STJ). 4. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 1.493.595/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 19/9/2019, DJe de 24/9/2019.)

Seguem julgados que amparam o entendimento de que a quebra de confiança do paciente no profissional credenciado na operadora de plano de saúde, inexistindo outros profissionais aptos a fazer frente ao quadro do autor, enseja o custeio do procedimento/tratamento por esta última, ainda que conduzido por médicos não credenciados:

Plano de saúde. Pretensão de reembolso de montante gasto com intervenção cirúrgica realizada fora da rede credenciada. Autor que já havia se dirigido mais de cinco vezes a hospitais e profissionais credenciados pela ré, tendo sido malsucedidas as cirurgias e tratamentos anteriores. Suficientemente comprovado o caráter defeituoso do serviço prestado . Quebra da confiança legitimamente depositada pelo consumidor que autorizava o socorro fora da rede. Inexistentes profissionais aptos a fazer frente ao quadro do autor. Custeio que era de rigor. Reembolso devido, abatido o valor já restituído . Danos morais configurados. Sentença revista. Recurso provido. (TJ-SP - AC: 10095896420218260001 SP 1009589-64 .2021.8.26.0001, Relator.: Claudio Godoy, Data de Julgamento: 29/07/2022, 1ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 29/07/2022)

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – Ação de obrigação de fazer – Pretensão de custeio parcial das despesas decorrentes de procedimento cirúrgico realizado em hospital não credenciado e por profissional não conveniado – Alegação de reiteradas falhas de diagnóstico por médico/hospital credenciado – Sentença de procedência – Insurgência da operadora de saúde - Quebra da confiança no serviço prestado – Justa causa para o atendimento fora da rede credenciada – Autora diagnosticada por médico particular com tumor cerebral intraventricular e hidrocefalia - Direito ao reembolso dos valores gastos pela autora nos limites do contrato, tal qual pretendido - Apuração em liquidação de sentença – Sentença de procedência mantida – NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO. (TJ-SP - AC: 10660248620208260100 SP 1066024-86.2020.8 .26.0100, Relator.: Alexandre Coelho, Data de Julgamento: 08/06/2021, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 08/06/2021)

A situação dos autos, portanto, revela o risco de dano irreparável, já que o tratamento da autora poderia restar comprometido, caso não realizasse a cirurgia que necessita indicada pelo médico que a acompanha, situação que autorizou a concessão da tutela de urgência pelo juízo a quo, decisão mantida por esta relatora nos autos do Agravo de Instrumento n. 0807023-



60.2024.8.14.0000 (id. 20489190), sendo referendada por esta 1ª Turma de Direito Privado em Acórdão de id. 23004861 daqueles autos (trânsito em julgado certificado no id. 23685799), *in verbis*:

Ementa: DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA DE URGÊNCIA PARA CUSTEIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO POR MÉDICO NÃO CREDENCIADO. QUEBRA DE CONFIANÇA ENTRE PACIENTE E MÉDICO CREDENCIADO. AUSÊNCIA DE NOVOS ARGUMENTOS CAPAZES DE REFORMAR A DECISÃO INTERLOCUTÓRIA. RECURSO DESPROVIDO. I. CASO EM EXAME 1. Agravo Interno interposto por Unimed Oeste do Pará – Cooperativa de Trabalho Médico contra decisão monocrática que manteve a tutela provisória de urgência deferida para que a agravante arque com as despesas de procedimento cirúrgico realizado por médico não credenciado, em razão de quebra de confiança entre a paciente e o único médico cooperado. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. A questão em discussão é saber se é cabível a manutenção da decisão que determinou o custeio de procedimento cirúrgico por profissional não credenciado, em decorrência da quebra de confiança entre a paciente e o único médico credenciado pela operadora do plano de saúde. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. Considerando que a parte agravante não trouxe novos elementos capazes de modificar a decisão atacada, permanece demonstrada a presença dos requisitos autorizadores da tutela provisória de urgência, quais sejam, a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo. A jurisprudência do STJ permite o custeio de tratamento por médico não credenciado em casos excepcionais, como quebra de confiança, desde que configurado o risco de agravamento da saúde do paciente. IV. DISPOSITIVO E TESE 4. Agravo Interno conhecido e desprovido, mantendo-se a decisão monocrática que deferiu a tutela de urgência.

Tese de julgamento: "É admissível o custeio de procedimento cirúrgico por médico não credenciado quando comprovada a quebra de confiança entre o paciente e o único médico credenciado, desde que presentes os requisitos da tutela de urgência."

Dispositivos relevantes citados: Código de Processo Civil, art. 300; Lei nº 9.656/98, art. 12.

Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no AREsp nº 1.493.595/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 19.09.2019; STJ, REsp nº 1733695/SC, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22.03.2021.

(...)

(TJ-PA - AGRAVO DE INSTRUMENTO: 08070236020248140000 23004861, Relator.: MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE, Data de Julgamento: 07/10/2024, 1ª Turma de Direito Privado)

A propósito, outros julgados:

Agravo de instrumento – Negativa de cobertura de cirurgia de correção de hipertrofia mamária pelo Plano de Saúde – Unimed Sergipe – Tutela Provisória de Urgência, na forma antecipada – Caráter emergencial da cirurgia – Relatórios médicos indicando a necessidade do procedimento cirúrgico –



Requisitos preenchidos – Decisão mantida. I – In casu, conforme relatórios médicos de especialidades diversas acostados aos autos (ortopedia e cirurgia plástica) a cirurgia tem caráter nitidamente emergencial, tendo em vista que existe perigo efetivo de dano irreparável à saúde da agravada, especialmente levando em conta que esta é portadora de dor crônica na coluna cervical, de forte intensidade, com significativa repercussão funcional decorrentes de hipertrofia mamária grau III e ptose mamária grau II, podendo o quadro ser agravado, pelo que indicam a necessidade de realização do procedimento cirúrgico denominado mamoplastia bilateral; II - Não se pode perder de vista que a vida é o bem maior a ser protegido, não sendo crível desautorizar o custeio de procedimento cirúrgico, quando demonstrado o caráter emergencial do procedimento, ainda mais quando, na situação concreta, a cirurgia perseguida pelo usuário tem assento em prescrição técnica robusta, portanto, em causa legítima; III – Agravo de Instrumento conhecido e desprovido. (Agravo de Instrumento nº 201900723110 nº único0007287-80.2019.8.25.0000 - 1ª CÂMARA CÍVEL, Tribunal de Justiça de Sergipe - Relator (a): Iolanda Santos Guimarães - Julgado em 30/09/2019) (TJ-SE - AI: 00072878020198250000, Relator: Iolanda Santos Guimarães, Data de Julgamento: 30/09/2019, 1ª CÂMARA CÍVEL)

EMENTA: CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. TUTELA DE URGÊNCIA DEFERIDA NA ORIGEM. CIRURGIA DE VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR VIA TRANSEPTAL. ALEGATIVA DE AUSÊNCIA DE ÓBICE AO PROCEDIMENTO. RETARDO E OMISSÃO QUANTO À AUTORIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA, PRESCRITOS COMO O MAIS ADEQUADO PELO MÉDICO ASSISTENTE. DEMORA INJUSTIFICADA EQUIVALENTE À RECUSA. RISCO DE PIORA DO QUADRO CLÍNICO. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DIREITO À VIDA. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. PREJUDICIALIDADE DO AGRAVO INTERNO. (TJ-RN - AI: 08089619320228200000, Relator: AMAURY DE SOUZA MOURA SOBRINHO, Data de Julgamento: 16/02/2023, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 20/02/2023)

QUINTA CÂMARA CÍVEL AGRAVO DE INSTRUMENTO: 0018845-66.2021.8.17.9000 JUÍZO DE ORIGEM: 0023791-27.2021.8.17. 2810 (5ª Vara Cível da Comarca de Jaboatão dos Guararapes) AGRAVANTE: UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO AGRAVADOS: PAULO VIEIRA BACELAR E OUTRO RELATOR: Des. Sílvio Neves Baptista Filho EMENTA: CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TUTELA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. INDICAÇÃO MÉDICA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE MAMA, SEM FINS ESTÉTICOS. PROBLEMAS NA COLUNA VERTEBRAL. URGÊNCIA VERIFICADA. DECISÃO MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO 1. Não se vislumbra desacerto na decisão recorrida, pois estão presentes os requisitos da tutela deferida, que decorrem da patologia da agravada e da necessidade urgente de cirurgia de redução de mama, em razão do quadro de dorsalgia crônica e de escoliose dorso-lombar. 2. A existência de perigo de dano, por sua vez, é também manifesta, pois, como visto, trata-se de cirurgia necessária à preservação da saúde da agravada e cuja demora mantém o estado de dorsalgia. 3. Ausente

risco de irreversibilidade dos efeitos da decisão, pois, no caso de improcedência do pedido inicial, poderá a agravante valer-se dos meios cabíveis para cobrar os valores despendidos com o tratamento do agravado. 4. Decisão mantida. Recurso conhecido e não provido. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Desembargadores da 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, na conformidade dos votos, notas taquigráficas e demais peças processuais que integram este julgado, por unanimidade, EM NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO, nos termos do voto do Relator Des. Sílvio Neves Baptista Filho. Recife/PE, data da assinatura digital. SÍLVIO NEVES BAPTISTA FILHO Desembargador Relator 07 (TJ-PE - AI: 00188456620218179000, Relator: SILVIO NEVES BAPTISTA FILHO, Data de Julgamento: 12/02/2023, Gabinete do Des. Sílvio Neves Baptista Filho (5ª CC))

Assim, restou caracterizada a falha na prestação do serviço por parte da Apelante, que, ao disponibilizar um profissional que abalou a confiança da paciente, não ofereceu uma alternativa viável, tornando legítima a busca por outro especialista e impositivo o dever de custeio integral do tratamento, razão pela qual deve restar desprovido o presente recurso.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, **CONHEÇO** da Apelação Cível e **NEGO-LHE PROVIMENTO**, para manter a sentença de primeiro grau em todos os seus termos.

Em razão do desprovimento do recurso, majoro os honorários advocatícios de sucumbência para 12% (doze por cento) sobre o valor do proveito econômico obtido, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, a serem pagos pela Apelante.

Ficam as partes advertidas, desde logo, que a interposição de Embargos de Declaração fora das hipóteses legais e/ou com postulação meramente infringente lhes sujeitará à imposição da multa prevista pelo art. 1.026, §2º, do CPC.

É como voto.

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 22/08/2025 08:16:19

Número do documento: 25081222183810600000028284792

<https://pje.tjpa.jus.br:443/pje-2g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25081222183810600000028284792>

Assinado eletronicamente por: MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE - 12/08/2025 22:18:38