



APELAÇÃO CÍVEL N. 0025613-40.2006.814.0301
APELANTE: FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL LTDA - GEAP
ADVOGADO: NELSON WILLIANS FRATONI RODRIGUES, OAB/PA N. 128.341.
APELADO: ESPÓLIO DE ORLANDO MACEDO DE ANDRADE
ADVOGADOS: CARLOS AUGUSTO DE PAIVA LEDO, OAB/PA N.10.932, DEBORA SOARES, OAB/PA N. 8261
INVENTARIANTE: ALBA DEA BARRA DE ANDRADE
EXPEDIENTE: SECRETARIA DA 2ª TURMA DE DIREITO PRIVADO
RELATORA: DES.ª MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE RESSARCIMENTO DE POR DANOS MATERIAIS – INAPLICABILIDADE DO CDC – PLANO CONSTITUÍDO SOB A MODALIDADE DE AUTOGESTÃO – SÚMULA 608 STJ – DEVER DE RESSARCIMENTO DAS DESPESAS MÉDICAS – URGÊNCIA CARACTERIZADA – OBSERVÂNCIA DA TABELA DO PLANO DE SAÚDE – MINORAÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – DESCABIMENTO – RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. À UNANIMIDADE.

1. Natureza jurídica de autogestão multipatrocinada e sem fins lucrativos. Inaplicabilidade do CDC. Súmula 608 do STJ. e Resp. 1.285/483/PB.
2. Dever de lealdade e de informação. Devida observância do Princípio da boa-fé.
3. Dever de reembolso das despesas efetuadas pela internação de hospital não conveniado. Situação excepcional caracterizada.
4. Reembolso nos limites da tabela GEAP. Item 9.1, II do Regulamento do Plano.
5. Inviabilidade de minoração do quantum arbitrado a título de honorários advocatícios.
6. Recurso Conhecido e Parcialmente Provido, para reformar a sentença tão somente para limitar o reembolso aos valores definidos pela tabela GEAP, a ser aferido em sede de cumprimento de sentença. À Unanimidade.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de APELAÇÃO CÍVEL, sendo apelante FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL LTDA - GEAP e apelado ESPÓLIO DE ORLANDO MACEDO DE ANDRADE.

Acordam os Excelentíssimos Desembargadores, Membros da 2ª Turma de Direito Privado, à unanimidade, em CONHECER DA APELAÇÃO E DAR-LHE PARCIAL PROVIMENTO, nos termos do voto da Excelentíssima Desembargadora-Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães.

Belém (PA), 11 de setembro de 2018.

MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES
Desembargadora – Relatora



APELAÇÃO CÍVEL N. 0025613-40.2006.814.0301
APELANTE: FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL LTDA - GEAP
ADVOGADO: NELSON WILLIANS FRATONI RODRIGUES, OAB/PA N. 128.341.
APELADO: ESPÓLIO DE ORLANDO MACEDO DE ANDRADE
ADVOGADOS: CARLOS AUGUSTO DE PAIVA LEDO, OAB/PA N.10.932, DEBORA SOARES, OAB/PA N. 8261
INVENTARIANTE: ALBA DEA BARRA DE ANDRADE
EXPEDIENTE: SECRETARIA DA 2ª TURMA DE DIREITO PRIVADO
RELATORA: DES.ª MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

RELATÓRIO

Tratam os presentes autos de recurso de APELAÇÃO interposto por FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL LTDA - GEAP inconformado com a Sentença proferida pelo MM. Juízo da 3ª Vara da Cível da Capital que, nos autos da Ação de Ressarcimento por Danos Materiais, ajuizada por ESPÓLIO DE ORLANDO MACEDO DE ANDRADE, julgou procedente a pretensão esposada na inicial.

O Sr. Orlando Macedo de Andrade, esposo da ora inventariante, era beneficiário do plano de saúde requerido, e, em meados de 1988 foi diagnosticado com doença de Hodgkin, um tipo de câncer no sistema linfático.

Acrescentou que à época, diante da gravidade em seu quadro clínico, viajou para a cidade do Rio de Janeiro, a fim de iniciar o seu tratamento no Hospital Samaritano, considerando que o referido hospital é referência mundial na especialidade, onde obteve sucesso no tratamento, salientando que naquela oportunidade ajuizou ação contra o Geap, objetivando o ressarcimento das despesas médicas, recebendo integralmente do réu todos os valores despendidos.

Sustentou ainda que, no ano de 2005, o beneficiário teve piora em seu estado de saúde, e, devido a urgência de um tratamento especializado, se dirigiu novamente ao Hospital Samaritano, na cidade do Rio de Janeiro, asseverando que a operadora de saúde se negou a custear o tratamento, o que obrigou o paciente a arcar, mais uma vez, com os custos do tratamento, entretanto, o mesmo veio a óbito em 08/08/2005.

Aduz que as despesas com medicações, internações e exames, perduraram entre 09/05/2005 e 08/08/2005, data do óbito, totalizando o valor de R\$ 625.509,88 (seiscentos e vinte e cinco mil quinhentos e nove reais e oitenta e oito centavos), razão porque ingressou com a presente demanda.

A operadora de saúde requerida apresentou contestação (fls. 221-251).

Às fls. 354-355 (Volume I) e fl.1.297 (Volume IV) foram realizadas audiências.

O feito seguiu tramitação até a prolação da sentença (fls. 1.344-1.345/versos-Volume IV), que julgou procedente a pretensão esposada na inicial, condenando a requerida ao pagamento de R\$ 625.509,88 (seiscentos e vinte e cinco mil quinhentos e nove reais e oitenta e oito centavos), à título de indenização por danos materiais, corrigidos pelo INPC desde o



ajuizamento, acrescidos de juros de 1% ao mês, a partir da citação.

Consta ainda do decisum a condenação da ré ao pagamento de custas e de honorários advocatícios fixados em 20% (quinze por cento) sobre o valor da causa.

A requerida apresentou embargos de declaração (fls. 1.347-1.355/Volume IV), os quais foram conhecidos e rejeitados (fls. 1.400/Volume IV).

Inconformada, FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL LTDA - GEAP apresentou recurso de Apelação (fls. 1.401-1.419/Volume IV).

Preliminarmente, sustenta a nulidade da sentença em razão da inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, devido a sua natureza jurídica de autogestão, argumentando que não pode receber o mesmo tratamento dos planos comuns, por não ter fins lucrativos.

No mérito, reitera a natureza jurídica do GEAP, bem assim a ausência do dever de reembolso, sob a alegação de que possuía profissionais disponíveis na rede credenciada, e que, o dever de reembolso somente seria possível nos casos em que não há credenciados no local.

Afirma que o de cujus em nenhum momento procurou a recorrente para que procedesse a cobertura de assistência médica necessária, salientando a ausência de responsabilidade objetiva, ou, de forma alternativa, que o reembolso seja feito nos limites da tabela GEAP. Por fim, afirma que os honorários advocatícios foram arbitrados em patamar exorbitante, oportunidade em que pugna pela redução.

O ora apelado apresentou contrarrazões (fls. 1.426-1.447/Volume IV), oportunidade em que pugnou pelo improvimento do recurso manejado.

Coube-me por distribuição a relatoria do feito (fls. 1.448/Volume IV).

Instada a se manifestar (fls. 1.452/Volume IV), a Procuradoria deixou de exarar Parecer, afirmando inexistir interesse público capaz de ensejar a sua intervenção (fls. 1.456-1.457/versos-Volume IV).

É o relatório.



VOTO

Avaliados os pressupostos processuais, tenho-os como regularmente constituídos, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

Prima facie, ressalvo, em que pese o apelante ter arguido como questão preliminar a nulidade da sentença em razão da inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, esta se confunde com o mérito recursal, razão porque será analisada no mérito.

MÉRITO

À míngua de questões preliminares, atendo-me ao mérito.

Consta das razões recursais deduzias pela recorrente, que o Código de Defesa do Consumidor não seria aplicável ao caso vertente em razão da sua natureza jurídica de autogestão multipatrocinada e sem fins lucrativos.

Segundo a Resolução Normativa 137, da ANS, de 14/11/2006, a operadora de autogestão é...(...) a pessoa jurídica de direito público ou privado que, diretamente ou por intermédio de entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, administra plano coletivo de assistência à saúde destinado exclusivamente a pessoas (e seus dependentes) a ela ligadas por vínculo jurídico ou estatutário, ou aos participantes (e seus dependentes) de associações, fundações, sindicatos e entidades de classes, nos termos dos incisos I, II e III e § 2º, do art. 2º.

Trata-se, assim, de uma associação instituída para fins não econômicos, regida por Estatuto Social, que presta serviços de assistência à saúde aos empregados e servidores dos órgãos públicos patrocinadores, nos moldes da Lei n. 9.656/98, sendo os beneficiários do plano de saúde seus cogestores.

Importante mencionar, que não se desconhece que o CDC era plenamente aplicável aos planos de saúde em geral, conforme descrito na súmula 469 do STJ.

No entanto, em 22/06/2016, a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, através do julgamento do Recurso Especial n. 1.285.483/PB, firmou o entendimento de que o Código de Defesa do Consumidor é inaplicável aos planos constituídos na modalidade de autogestão, ante a inexistência de relação de consumo no caso, senão vejamos:

RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC.

1.A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários.

2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas,



diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro.

3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.

4. Recurso especial não provido. (REsp 1285483/PB, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 22/06/2016, DJe 16/08/2016) (grifou-se)

Nesse sentido, o STJ decidiu cancelar o enunciado 469, considerando que ela não excepcionava os planos de saúde de autogestão. Assim, a Súmula 608, por ser mais completa, veio substituir o enunciado 469, que está cancelado, in verbis:

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. (Súmula 469, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/11/2010, DJe 06/12/2010)

A Segunda - Seção, na sessão de 11 de abril de 2018, ao apreciar o Projeto de Súmula n. 937, determinou o CANCELAMENTO da Súmula n. 469-STJ.

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. (Súmula 608, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018)

Não obstante se reconheça a não aplicabilidade das regras consumeristas aos planos de saúde geridos por autogestão, os deveres de lealdade e de informação, ínsitos ao princípio da boa-fé objetiva, também são exigíveis nos contratos civis em geral, e não apenas nos negócios celebrados no âmbito do Direito do Consumidor, conforme entendimento firmado no seguinte precedente:

DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. RECUSA À COBERTURA DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. PLANO DE SAÚDE GERIDO POR AUTOGESTÃO. BOA FÉ OBJETIVA. MEDICAMENTO IMPORTADO SEM REGISTRO NA ANVISA. FORNECIMENTO. IMPOSSIBILIDADE. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. SÚMULA 284/STF.

1. Ação de obrigação de fazer e compensação por dano moral ajuizada em 14.06.2013. Recurso especial atribuído ao gabinete em 25.08.2016. Julgamento: CPC/73.

2. A questão posta a desate nestes autos, consiste em aferir se é abusiva, cláusula contratual em plano de saúde gerido por autogestão, que restringe o fornecimento de medicamento importado sem registro na ANVISA.

3. Por ocasião do julgamento do REsp 1285483/PB, a Segunda Seção do STJ afastou a aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.

4. O fato da administração por autogestão afastar a aplicação do CDC não atinge o princípio da força obrigatória do contrato (pacta sunt servanda); e, a aplicação das regras do Código Civil em matéria



contratual, tão rígidas quanto a legislação consumerista.

5. Determinar judicialmente o fornecimento de fármacos importados, sem o devido registro no órgão fiscalizador competente, implica em negar vigência ao art. 12 da Lei 6.360/76.

6. A ausência de fundamentação ou a sua deficiência importa no não conhecimento do recurso quanto ao tema.

7. Recurso especial conhecido parcialmente, e nessa Parte, provido. REsp 1644829/SP. Relator(a) Ministra NANCY ANDRIGHI. TERCEIRA TURMA - Data do Julgamento 21/02/2017

Pois bem, afirma em suas razões o plano de saúde recorrente, ser indevido o reembolso ao beneficiário, em relação as despesas efetuadas em razão de procedimentos realizados em hospital não credenciado, salientando ainda, de forma alternativa, que o reembolso seja feito nos limites da tabela GEAP.

Por oportuno, vale lembrar que o STJ se posiciona no sentido de ser admitido o reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado, em hipóteses excepcionais, entre as quais se incluem os casos de urgência da internação.

Senão vejamos:

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. MÉDICO NÃO CREDENCIADO. PACIENTE PORTADORA DE MICROGNATISMO MANDIBULAR. CIRURGIA EMERGENCIAL.

1. O reembolso das despesas efetuadas com profissional de saúde não conveniado pode ser admitido em casos especiais, tais como de inexistência de estabelecimento credenciado no local, de recusa do hospital conveniado de receber o paciente, de urgência da internação, entre outros. Precedentes.

2. Inviabilidade de alterar a conclusão do acórdão recorrido de ser devido o reembolso das despesas médicas realizadas fora da rede credenciada, por ter ocorrido atendimento urgente.

3. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp 886.798/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 09/08/2016, DJe 16/08/2016).

Pelo que se verifica dos presentes autos, o De Cujus, Sr. Orlando Macedo, fora diagnosticado ainda em 1998 com doença de Hodgkin, um tipo de câncer no sistema linfático, e na época, diante da situação em que se encontrava, se dirigiu a cidade do Rio de Janeiro a fim de se submeter a tratamento quimioterápico, no Hospital Samaritano, referência no tratamento da doença, tendo obtido sucesso.

Somado a isso, tem-se que o assistido teve que arcar com todas as despesas inerentes ao tratamento, ajuizando, naquela oportunidade, ação de reembolso de despesas médicas e internações hospitalares, proc. n. 1999.1011.1382, julgada totalmente procedente.

Todavia, em 2005, o De Cujus teve piora considerável no seu quadro clínico, quando se dirigiu, novamente em regime de urgência, para o hospital samaritano no Rio de Janeiro, conforme relatório médico (fls. 52), arcando com todas as despesas que totalizaram cerca de R\$ 625.509,88 (seiscentos e vinte e cinco mil quinhentos e nove reais e oitenta e oito



centavos).

Vejamus um trecho do relatório assinado pelo médico responsável pelo atendimento durante todo o período da internação do assistido, qual seja, 09/05/2005, recebendo alta em 22/05/2005, reinternado em 26/05/2005 e evoluindo para o óbito em 08/08/2005:

(...)

O Dr. Orlando Macedo de Andrade era portador de Doença de Hodgkin, havendo sido internado em 09/05/2005 no Hospital Samaritano, devido a febre, queda no estado geral e emagrecimento importante.

(...)

Foi submetido a mediastinoscopia e confirmado o diagnóstico de Doença de Hodgkin em recidiva.

(...)

Evoluiu com neutropenia, febre e múltiplas complicações tóxicas. O tratamento foi suspenso, devido a múltiplas complicações. O paciente evoluiu com falência de múltiplos órgãos, evoluindo para óbito em 08/08/2005.

Ademais, o item 7 da perícia realizada judicialmente em toda a documentação apresentada pelo hospital, afirma categoricamente a urgência, in verbis:

7) Queira o Sr. Perito esclarecer se todos os procedimentos acusados no item 4 podem ser considerados de urgência/emergência;

R- Paciente com recidiva de doença de Hodgkin, com quadro clínico instável, grave, o que o levou a óbito justifica sim urgência/emergência.

Neste passo, verifica-se o caráter de emergência do atendimento, bem como a impossibilidade de utilização dos serviços credenciados pela operadora de saúde apelante, atendendo, portanto, às peculiaridades do que preceitua o art. 35-C, inciso I, da Lei 9.656/98, in verbis :

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I- De emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

Dispõe a Lei nº 9.656/98, sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e exige em seu artigo 12, inc. VI, que se faça o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º.

Assim, quando não for possível a utilização de serviços credenciados pelas operadoras, deve a contratante reembolsar as despesas decorrentes do tratamento médico, feito pelo segurado.

A par disso, faz-se mister verificar se o reembolso deve ser realizado de maneira integral.

O Item 9.1, II do regulamento do GEAP (fl. 269/verso-Volume I), dispõe



que:

9. REEMBOLSO

9.1. O GEAP Saúde reembolsará as despesas ambulatoriais, odontológicas e hospitalares realizadas pelos assistidos, dentro do território nacional nos valores definidos pelas tabelas GEAP, nas seguintes situações:

(...)

II. Quando o atendimento for prestado em situação de urgência/emergência for devidamente justificado em relatório pelo profissional que o executou, ainda que haja Prestador contratado para tal serviço; e

(...)

Como se vê, o reembolso limitado à tabela da GEAP, quando o segurado frui serviços prestados fora da rede credenciada, tem fundamento de validade na importância de se manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato firmado entre as partes.

É o entendimento:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. SEM FINS LUCRATIVOS.

CDC. NÃO INCIDÊNCIA. ATENDIMENTO EM HOSPITAL NÃO CONVENIADO. REEMBOLSO. CABIMENTO. OBSERVÂNCIA DA TABELA DE REEMBOLSO DO

PLANO DE SAÚDE. 1. A Segunda Seção do colendo Superior Tribunal de Justiça, por ocasião do julgamento do Recurso Especial nº 1285483/PB, firmou o entendimento de que o Código de Defesa do Consumidor não é aplicável aos contratos de planos de saúde administrados por entidade de autogestão, uma vez que inexistente relação de consumo entre as partes contratantes. 2. O reembolso de despesas médicas realizadas em hospital não conveniado deve observar os valores constantes de tabela divulgada pela administradora do plano de saúde. 3. Recurso conhecido e provido. (TJ-DF 07061100920178070001 DF 0706110-09.2017.8.07.0001, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamento: 09/02/2018, 8ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE: 21/02/2018)

Reforça-se, na mesma direção, a resposta do item 10 da perícia realizada (fls. 1.243-Volume IV), onde o Sr. Perito afirma que os procedimentos e valores questionados devem ser feitos pela tabela vigente da GEAP por profissional da área contábil.

Por tais razões, pode-se concluir que é cabível o reembolso, entretanto, quando relacionado às despesas médicas realizadas em hospital não conveniado, deve-se observar os valores constantes da tabela divulgada pela administradora do plano de saúde, in casu, a GEAP. No mais, em que pese o pedido de minoração dos honorários advocatícios arbitrados pelo magistrado em 20% sobre o valor da causa, insta esclarecer que a referida condenação é uma decorrência lógica do princípio da sucumbência e assim, por disposição legal, o seu pagamento cabe ao vencido na demanda, conforme preceitua o artigo art. 85 do CPC, devendo,



por conseguinte, o recorrente arcar com os ônus da sucumbência.

Assim, verifica-se que a presente demanda exigiu maiores diligências do patrono do recorrido, não se podendo desprezar a atuação deste, a qual se pautou na apropriada técnica jurídica, fazendo incidir a regra descrita no art. 85, §2º e §3º do CPC, razão pela qual não merece reparos à sentença ora guerreada nesse capítulo.

Ratificando o entendimento supra, vejamos a jurisprudência:

LOCAÇÃO. AGRAVO REGIMENTAL EM EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO. REDUÇÃO DA CONDENAÇÃO EM HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. AFRONTA AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE INEXISTENTE. PROCESSO QUE DURA HÁ MAIS DE UMA DÉCADA. MONTANTE PREVISTO NAS ALÍNEAS A E C DO § 3º DO ART. 20 DO CPC. Agravo regimental improvido. (STJ - AgRg nos EDcl no REsp: 885799 MT 2006/0147004-3, Relator: Ministro SEBASTIÃO REIS JÚNIOR, Data de Julgamento: 20/02/2014, T6 - SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 06/03/2014).

Por fim, a apelante não apresentou insurgência expressa quanto aos valores contidos nas notas fiscais e recibos acostados aos autos, mas tão-somente em relação à limitação da tabela da operadora de plano de saúde, sendo descabida qualquer análise a respeito.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, CONHEÇO do recurso e DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO, para reformar a sentença tão somente para limitar o reembolso aos valores definidos pela tabela da GEAP, a ser aferido em sede de cumprimento de sentença.

É como voto.

Belém (PA), 11 de setembro de 2018.

MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES
Desembargadora - Relatora