



1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0052710-20.2011.8.14.0301

APELANTE: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

APELADA: MARIA DE NAZARÉ SILVA DE SÁ

DESEMBARGADORA RELATORA: MARIA DO CÉO MACIEL
COUTINHO

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE INTERNAÇÃO INDEVIDA VERIFICADA. EMERGÊNCIA. ATENDIMENTO NO HOSPITAL GUADALUPE. NÃO CONVENIADO À REDE. INCIDÊNCIA DE CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. RECONHECIMENTO DA RESPONSABILIDADE. REEMBOLSO DEVIDO. AUSÊNCIA DE TABELA DE PREÇOS PRÓPRIA. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos.

ACORDAM os Excelentíssimos Desembargadores que integram a 1ª Turma de Direito Privado do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade de votos, em conhecer e negar provimento ao recurso interposto, mantendo a sentença vergastada, tudo nos termos da fundamentação do voto da relatora, e das notas taquigráficas.

Sessão Ordinária presidida pelo Excelentíssimo Desembargador Constantino Augusto Guerreiro.

Belém – PA, 03 de dezembro de 2018.

Desa. MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO

Relatora

Relatório

Trata-se de recurso de Apelação Cível interposto por Hapvida Assistência Médica Ltda em face de sentença proferida pelo juízo da 2ª Vara Cível da Comarca de Belém que julgou parcialmente procedente a Ação de Indenização por Danos Materiais e Morais proposta por Maria de Nazaré Silva de Sá, condenando a empresa ao pagamento a título de danos materiais no valor de R\$16.741,14 (dezesesseis mil setecentos e quarenta e um reais e quatorze centavos), atualizado monetariamente a partir da data da sentença e acrescido de juros de 0,5% ao mês desde o evento



danoso, julgando improcedente o pedido de indenização por dano moral. Narram os autos que a Sra. Maria de Nazaré Silva de Sá procurou atendimento no Hospital Layr Maia na data de 22/10/2011 em decorrência de fortes dores epigástricas com irradiação para região cervical associado a pico hipertensivo, ocasião em que foram realizados exames que não delinearão a causa da dor. Após a realização de medicação e melhora, a paciente retornou para a sua residência. Ocorre que, nos três dias seguintes (23/10/2011, 24/10/2011 e 25/10/2011), retornou ao referido hospital com falta de ar, náuseas e os demais sintomas ocorridos do dia anterior, tendo sido atendida e, novamente realizado um conjunto de exames, não havendo nenhuma conclusão, tendo o médico plantonista, na última data, solicitado a internação da paciente, tendo em vista que o quadro clínico da apelada não apresentava melhora. Ocorre que o pedido de internação foi recusado sob a justificativa de que se tratava de problemas intestinais já sofridos pela paciente conforme fichas anteriormente preenchidas. Assim, à vista da ausência de atendimento, foi conduzida em uma ambulância ao Hospital Guadalupe, onde foi atendida e prontamente ordenada a sua internação diante do quadro médico grave. Entretanto, o atendimento teve custo total de R\$16.741,14 (dezesesseis mil setecentos e quarenta e um reais e quatorze centavos), razão pela qual ajuizou a Ação de Indenização por Danos Morais e Materiais pugnando pela condenação da Hapvida ao pagamento de danos materiais no valor referente aos gastos com o atendimento, bem como ao pagamento de danos morais no valor de cem salários mínimos diante do descaso no atendimento da apelada. Em sentença de fls. 144/145, o juízo a quo julgou parcialmente procedente os pedidos, condenando a ré/apelante a pagar, a título de dano material o valor de R\$16.741,14 (dezesesseis mil setecentos e quarenta e um e quatorze centavos), atualizado monetariamente a partir da data da sentença e acrescidos de juros de mora de 0,5% ao mês desde o evento danoso e, quanto ao pedido de dano moral, julgou-o improcedente, por entender que não houve danos aos direitos de personalidade da autora, tratando-se de mero descumprimento contratual. Diante disso, a Hapvida interpôs o presente recurso, na qual aduz que o ponto principal do processo diz respeito à inexistência de indicação médica para internação. Neste passo, assevera que não foi verificada a emergência do caso, bem como



não houve alteração nos exames que indicassem qualquer patologia.

Acrescenta que os atendimentos de emergência foram devidamente prestados, tendo sido a apelada medicada e, ainda, tendo sido realizados inúmeros exames e procedimentos, obtendo alta somente após a estabilização do quadro, sendo orientada a procurar atendimento eletivo para o diagnóstico e tratamento de sua patologia.

Pontua que o documento que trata à fl. 18 versa sobre a internação que foi prontamente atendida e realizada em favor da autora no mês de outubro, perante os primeiros atendimentos realizados na apelada.

Conclui que não houve nenhuma má-fé, desídia do plano, violação à legislação consumerista ou qualquer outro elemento que possa configurar que a empresa tenha agido com objetivo de prejudicar a apelada, não tendo esta se desincumbido de comprovar os fatos constitutivos de seu direito.

Afirma que, ainda que a operadora de plano de saúde venha a ser responsabilizada, o reembolso dar-se-á de acordo com a tabela de preços praticada pela operadora em relação ao respectivo produto, com a devida perícia contábil, devendo ocorrer uma auditoria nos recibos apresentados pela apelada, devendo ser ressarcido o montante designado na relação de valores praticados pela empresa apelante.

Por fim, pugnou pelo conhecimento e provimento do recurso, para que seja reconhecido que a apelante agiu sem qualquer dolo e legítimo exercício do dever legal.

Intimada, a apelada apresentou contrarrazões (fls. 162/167) aduzindo que a apelante não trouxe aos autos qualquer fato que justifique o fato de um paciente que estava em Belém para ser internado necessitasse de autorização de administrador situado em Fortaleza.

Acrescenta que a emergência do caso pode ser verificada no diagnóstico e guia de internação subscrita pelo médico André Luiz Portela Silva.

Assevera que a apelada pleiteou indenização dos valores gastos com o tratamento e não discute nos autos os valores tabelados, razão pela qual não há que se falar em reembolso de acordo com a tabela praticada pela operadora.

Por derradeiro, requer o desprovimento do recurso de apelação, com a consequente manutenção da sentença atacada.

É o relatório.

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do



presente apelo.

O presente recurso pretende desconstituir a sentença que determinou o pagamento de indenização por danos materiais decorrentes de ato omissivo por parte da operadora de plano de saúde, qual seja, a ausência de internação da parte apelada prescrita por médico.

O primeiro argumento aduzido pela empresa corresponde à ausência de indicação médica para a internação, uma vez que não foi verificada a emergência do caso e não houve alteração nos exames que indicassem qualquer patologia.

Tal argumento não merece guarida, tendo em vista que os documentos de fls. 21 e 25, quais sejam, Ficha de Registro de atendimento e Relatório de Evolução Clínica, respectivamente, subscritos por técnico de enfermagem e médica do plano de saúde, demonstram a indicação da internação, mormente o relatório de evolução, no qual consta o seguinte excerto: médica Adrienne Bentes que solicitou ver a possibilidade de internação (laudo anexo)..

Ademais, tal argumento mostra-se contraditório em relação à existência de auditoria com fins de autorização, documento de fl. 18, vez que não faz sentido existir tal auditoria se a internação não houvesse sido solicitada pelo médico. Desta feita, rejeito o argumento de ausência de indicação de internação médica. Da mesma forma não merece prosperar o argumento de que todos os procedimentos requeridos foram realizados, tal alegação não tem o condão de elidir a responsabilidade da operadora. Uma vez solicitada a internação pela médica vinculada e ocorrendo a negativa sob a justificativa de que a paciente havia procurado os serviços com os mesmos sintomas há seis meses, o fato de terem utilizado métodos para a amenização dos sintomas da paciente não desconstitui a omissão relativa à internação solicitada.

Importante pontuar ainda que, consta na cláusula 18.7, alínea b do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde que a internação será tolerada sem a apresentação da Guia Competente, devendo, no entanto, ser solicitado de imediato a internação, à Central de Atendimento do Hapvida, quando da indicação médica. E ainda, na alínea c consta: As autorizações para internações nos casos de urgência e emergência estarão sujeitas ao cumprimento dos prazos de Carência e/ou Cobertura Parcial Temporária, excetuando-se os casos decorrentes de acidentes pessoais.



Nota-se que, o instrumento contratual não limita as autorizações para internação tendo como parâmetro o número de vezes que o contratante/paciente utilizou os serviços, mas tão somente os prazos de carência e/ou cobertura parcial temporária.

Portanto, considerando a incidência do Código de Defesa do Consumidor no presente caso, impõe-se a interpretação de cláusula contratual da forma mais favorável ao consumidor. Devendo, assim, ser reconhecida que a recusa indevida da operadora. Neste sentido, o acórdão:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. APLICAÇÃO DO CDC. COBERTURA DE INTERNAÇÃO DEVIDA. PARECER GENÉRICO DA RÉ QUE NÃO PREVALECE SOBRE A INDICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO. DANOS MORAIS NÃO OCORRENTES.

1. Incide o Código de Defesa do Consumidor nos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão, consoante disposição do artigo 3º, §2º, bem como pelo que dispõe a Súmula nº 608 do Superior Tribunal de Justiça e o artigo 35 da Lei nº 9.656/1998. 2. As coberturas de procedimentos médicos por planos de saúde se sujeitam a um rol mínimo editado pela ANS, o qual não pode prever as hipóteses do art. 10 da Lei 9.656/98 e não pode excluir ou mitigar as hipóteses do art. 12 da mesma Lei. Não obstante, evidentemente que os contratos firmados podem alargar o espectro mínimo de cobertura, inclusive cobrindo as hipóteses do citado art. 10. 3. No presente caso, o autor claramente necessitou de internação médica, conforme documento de fl. 31. Nesse contexto, indevida a negativa da seguradora de saúde, uma vez que é o médico assistente da pessoa enferma quem detém o conhecimento específico da sua condição e está, portanto, apto a prescrever os tratamentos necessários, não cabendo à operadora fazer oposição técnica, principalmente sem qualquer parecer de médico no sentido defendido. 4. Inocorrente, o dano extrapatrimonial, eis que o descumprimento contratual, por si só, não dá ensejo à indenização por danos morais, não restando comprovada excepcionalidade no sentido de que os direitos da personalidade da autora tenham sido afrontados. 5. Sucumbência redimensionada. - **SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA E APELAÇÃO PROVIDA EM PARTE.** (Apelação Cível Nº 70078023298, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lusmary Fatima Turelly da Silva, Julgado em 29/08/2018).



O hospital apelante assevera ainda que, caso haja o entendimento de que o reembolso é devido, este deve ser realizado de acordo com a tabela de preço praticada pela operadora, devendo haver auditoria nos recibos apresentados. Embora a parte apelante não tenha apresentado fundamentos jurídicos para subsidiar o acolhimento deste pedido, impende apontar o disposto no art. 12, VI da Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), verbis:

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:

[...]

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;

O entendimento do Superior Tribunal de Justiça a respeito da referida matéria é no sentido de que, nos casos de urgência e emergência, em que não se afigurar possível a utilização dos serviços médicos, próprios, credenciados ou conveniados, a empresa de plano de saúde, mediante reembolso, responsabiliza-se pelos custos e despesas médicas expendidos pelo contratante em tais condições, limitada, no mínimo, aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

Entretanto, procedendo ao exame do contrato às fls. 66/78, este é silente quanto aos casos de reembolso, bem como não há qualquer tabela de preço praticado que possa embasar a pretensão recursal. Ante tais fatos, rejeito a alegação de efetivação de reembolso de acordo com tabela de preços praticada pelo plano de saúde.

Diante do exposto, conheço e nego provimento ao presente recurso, mantendo in totum a sentença apelada, nos termos da



fundamentação exposta.
É como voto.
Belém-PA , 03 de dezembro de 2018.

Desembargadora MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO
Relatora