



ACÓRDÃO N°. _____
1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO CÍVEL N.º 0004227-95.2013.8.14.0039
APELANTE: UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Advogados: José Milton de Lima Sampaio Neto, OAB/PA 14.782 e, Outros.
APELADO: LOURIVAL DEL PUPO.
Advogado: Dr. Mario Alves Caetano, OAB/PA 8.798-B
RELATORA: DESEMBARGADORA MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO

EMENTA: PROCESSUAL CIVIL. DIREITO PRIVADO. RECURSO DE APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA CARDÍACA REALIZADA EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS-SP. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. DESPESAS HOSPITALARES. RECUSA PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE APELANTE. VIOLAÇÃO DO ART. 51, IV E §1º DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. REEMBOLSO DAS DESPESAS DEVIDAS, LIMITADO AO VALOR DA TABELA DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO. EXEGESE DO ART. 12, VI DA LEI N.º 9.656/98. JURISPRUDÊNCIA RECENTE DO STJ. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO, APENAS PARA LIMITAR O REEMBOLSO AO VALOR DA TABELA DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO. À UNANIMIDADE
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 dar parcial provimento ao recurso de Apelação interposto, tudo nos termos do voto da relatora.
Sala das Sessões do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, aos 03 dias do mês de fevereiro de 2020.

Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Senhor Desembargador JOSÉ ROBERTO PINHEIRO MAIA BEZERRA JÚNIOR.

Belém-PA, 03 de fevereiro de 2020.

Desa. MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO
Relatora

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO CÍVEL N.º 0004227-95.2013.8.14.0039
APELANTE: UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Advogados: José Milton de Lima Sampaio Neto, OAB/PA 14.782 e, Outros.
APELADO: LOURIVAL DEL PUPO.
Advogado: Dr. Mario Alves Caetano, OAB/PA 8.798-B
RELATORA: DESEMBARGADORA MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO

RELATÓRIO

Vistos os autos.

UNIMED BELÉM – COOPETRATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs o presente RECURSO DE APELAÇÃO irrisignada com a sentença de fls. 256/258, que julgou parcialmente procedente o pedido formalizado no



bojo da Ação de Danos Materiais e Morais ajuizada por LOURIVAL DEL PUPO, no sentido de determinar que aquela pague a importância de R\$ 282.420,00 (duzentos e oitenta e dois mil, quatrocentos e vinte reais) referente aos gastos realizados pelo autor com seu tratamento médico.

Em suas razões (fls. 271/286), arguiu, preliminarmente: 1) a concessão de efeito suspensivo ao presente recurso. Meritoriamente, sustenta que o apelado não aderiu ao módulo opcional que lhe daria direito ao atendimento aos hospitais de tabela própria, conforme se encontra estipulado no artigo 9º, §§ 2º e 3 do contrato, desse modo o hospital Sírio Libanês localizado em São Paulo, é expressamente excluído da rede credenciada do plano de saúde contratado. Sustenta que o apelado deveria ter recorrido a um dos hospitais credenciados a rede UNIMED, não possuindo nenhuma obrigação contratual ou legal em fornecer o tratamento em Hospital de Tabela Própria. Relata que não cometeu ato ilícito, inexistindo assim o dever de indenizar em danos morais e materiais. Ao final, requer total provimento do recurso para reformar integralmente a sentença.

O apelo foi recebido no duplo efeito (fl. 310).

Às fls. 312/324 a parte apelada ofertou contrarrazões.

Os autos foram inicialmente distribuídos à Exma. Desa. Maria Filomena Buarque, a qual se julgou suspeita com base no art. 145, III do CPC.

Após redistribuição, coube-me a relatoria (fl. 331).

Em petição de fls. 333/335, o apelado requereu a tramitação prioritária do feito em razão do Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741/03).

Em despacho de fl. 336, deferi o pedido supra.

O apelante atravessou petição de fl. 337, por meio da qual requereu a habilitação de novos causídicos.

Atenta ao teor do requerimento formulado à fl. 337, defiro o pedido de publicação exclusiva da UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO em nome do advogado Dr. Diogo de Azevedo Trindade – OAB/PA 11.270.

Relatados.

VOTO

À EXMA. DESA. MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO, RELATORA:

Quanto ao Juízo de admissibilidade, vejo que o recurso é tempestivo, adequado à espécie e conta com preparo regular (fls. 287/289). Portanto, preenchidos os pressupostos extrínsecos (tempestividade, regularidade formal, inexistência de fato impeditivo ou extintivo do poder de recorrer e preparo) e intrínsecos (cabimento, legitimidade e interesse para recorrer); **SOU PELO SEU CONHECIMENTO.**

Inicialmente, cabe referir que, nos termos do art. 14, do CPC/2015, a norma processual não retroagirá, sendo respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada:

Art. 14. A norma processual não retroagirá e será aplicável imediatamente aos processos em curso, respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada.

Dessa forma, aplicam-se ao presente processo as disposições constantes do CPC/1973, em vigor quando do ajuizamento da ação, da prolação da sentença e da interposição deste recurso.



No que tange à concessão de efeito suspensivo ao presente recurso, percebe-se que o mesmo já foi deferido (fl. 310).

Não havendo mais questões preliminares a serem enfrentadas, passo, doravante, à análise meritória.

Cinge-se a controvérsia acerca da responsabilidade da apelante em pagar a importância de R\$ 282.420,00 (duzentos e oitenta e dois mil, quatrocentos e vinte reais) referente aos gastos realizados pelo recorrido com seu tratamento médico.

Em suas razões, sustenta que o apelado não aderiu ao módulo opcional que lhe daria direito ao atendimento aos hospitais de tabela própria, conforme se encontra estipulado no artigo 9º, § § 2º e 3 do contrato. Desse modo, o hospital Sírio Libanês localizado em São Paulo-SP, seria expressamente excluído da rede credenciada do plano de saúde contratado. Sustenta que o apelado deveria ter recorrido a um dos hospitais credenciados a rede UNIMED, não possuindo nenhuma obrigação contratual ou legal em fornecer o tratamento em Hospital de Tabela Própria. Relata que não cometeu ato ilícito, inexistindo assim o dever de indenizar em danos morais e materiais.

Adianto que a sentença de primeiro grau deve ser mantida em grande parte, merecendo reparo apenas no tocante à limitação do reembolso ao valor da tabela do plano de saúde contratado, consoante a jurisprudência recente do C. STJ.

Nessa toada, deve a celeuma ser elucidada à luz das disposições contratuais entabuladas entre os ora contendores, em cotejo com as normas de regência, notadamente as de natureza consumerista.

Os contratos de plano de saúde submetem-se às normas do Código de Defesa do Consumidor, nos termos do novel Enunciado Sumular nº 608, do Superior Tribunal de Justiça, segundo o qual: aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

O objeto principal do seguro é a cobertura do risco contratado, ou seja, o evento futuro e incerto que poderá gerar o dever de indenizar por parte da seguradora. Outro elemento essencial desta espécie contratual é a boa-fé, na forma do art. 422 do Código Civil, caracterizada pela lealdade e clareza das informações prestadas pelas partes.

Nestas circunstâncias, o art. 47, do CDC, determina que as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Igualmente, deve incidir o disposto no art. 51, IV, § 1º, II, do CDC, segundo o qual é nula a cláusula que estabeleça obrigações consideradas iníquas, que coloquem o consumidor em desvantagem. Também, mostra-se exagerada a cláusula que restringe direitos ou obrigações inerentes à natureza do contrato, ameaçando seu objeto e equilíbrio, ou ainda que seja excessivamente onerosa ao consumidor.

Além do mais, vale dizer que deve ser priorizado o direito à saúde e à vida em relação ao direito contratual.

Outrossim, a jurisprudência do STJ entendia que seria possível a realização de tratamento médico em hospitais e clínicas não credenciados ou fora da área de abrangência do plano apenas quando demonstrada a urgência/emergência ou a impossibilidade de prestação do serviço pela rede conveniada, por falta de capacitação do corpo médico ou de recusa de



atendimento.

Confira-se:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PEDIDO DE RESSARCIMENTO DE DESPESAS HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO NO CASO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. POSSIBILIDADE. SITUAÇÃO NÃO COMPROVADA NA ESPÉCIE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ.

1. O reembolso das despesas hospitalares realizadas em hospital não conveniado ao plano de saúde é admitido em casos excepcionais e de urgência.

2. No presente caso, a sentença e o acórdão não determinaram que situação levou o segurado a buscar tratamento na rede não credenciada, de modo que a análise da situação fática para provimento do recurso especial, na forma em que se encontra, requer o reexame de matéria probatória, o que encontra óbice no enunciado n. 7 da Súmula do STJ.

3. Agravo regimental a que se nega provimento." (AgRg no AREsp 54.991/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 13/11/2012, DJe 21/11/2012) GRIFO NOSSO

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO EM ESTABELECIMENTO NÃO CONVENIADO. REEMBOLSO. FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO INATACADOS. APLICAÇÃO DA SÚMULA 283/STF. POSSIBILIDADE DE REEMBOLSO EM CASOS EXCEPCIONAIS. SÚMULA 83/STJ. PLEITO DE MODIFICAÇÃO DAS CONCLUSÕES DO ACÓRDÃO RECORRIDO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. (...)

2. A jurisprudência desta Corte entende que o reembolso das despesas efetuadas pelo tratamento médico realizado com profissional não credenciado é admitido apenas em casos especiais (inexistência de estabelecimento credenciado no local, recusa do hospital conveniado em receber o paciente, urgência da internação).

3. No caso, foi demonstrada a hipótese de excepcionalidade capaz de caracterizar o reembolso, qual seja a urgência na internação diante do diagnóstico de carcinoma de próstata e a inexistência de estabelecimento credenciado no local, o que atrai a incidência da Súmula n. 83 do STJ.

4. O Tribunal estadual que, com base nas circunstâncias fáticas dos autos, considerou configurada a situação de excepcionalidade para reembolso das despesas efetuadas em hospital de rede não credenciada ao plano de saúde. Nesse contexto, a revisão de tal entendimento não está ao alcance desta Corte, por demandar o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, providência vedada nesta instância especial, ante a aplicação da Súmula 7/STJ.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1262282/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 26/6/2018). GRIFO NOSSO

Nesse sentido, o autor foi submetido em caráter de urgência a uma cirurgia no coração, a qual em sentido técnico denomina-se colecistectomia por videolaparoscopia realizada no Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, uma vez que este possuía equipe médica especializada, capaz de atendê-la em



melhores condições.

Inclusive, muito embora a ré tenha alegado a existência de outro nosocômio devidamente credenciado, sequer comprovou tal afirmativa. De qualquer forma, cabia à requerida demonstrar que o procedimento poderia ser realizado em rede credenciada com as mesmas condições e resultados, nos termos do art. 333, II, do CPC/73, o que não ocorreu

Ocorre que desde junho de 2019, a jurisprudência do C. STJ evoluiu no sentido de que o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário do plano é permitido quando não se utilizar dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, mesmo quando não haja urgência e emergência, como, p.ex., quando se trate de uma cirurgia eletiva, desde que se observe o limite do valor da tabela de reembolso prevista no contrato do plano de saúde.

É ver:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOSPITAL PRIVADO NÃO CREDENCIADO. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. AUSÊNCIA. RESSARCIMENTO DEVIDO, LIMITADO AO MONTANTE ESTABELECIDO CONTRATUALMENTE EM TABELA. MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. PRESERVAÇÃO DA BOA-FÉ. PROTEÇÃO DA CONFIANÇA.

1. Ação ajuizada em 28/9/2012. Recurso especial interposto em 30/6/2016. Autos conclusos ao Gabinete do Relator em 18/6/2018.

2. O propósito recursal é definir se é cabível o reembolso de despesas, efetuadas por beneficiário de plano de saúde em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, em situação não caracterizada como caso de urgência ou emergência.

3. O comando do art. 12, VI, da Lei 9.656/98 dispõe, como regra, que o reembolso de despesas médicas em estabelecimentos não contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras está limitado às hipóteses de urgência ou emergência.

4. Todavia, a exegese desse dispositivo que mais se coaduna com os princípios da boa-fé e da proteção da confiança nas relações privadas - sobretudo considerando a decisão do STF, em repercussão geral (Tema 345), acerca do ressarcimento devido ao SUS pelos planos de saúde - é aquela que permite que o beneficiário seja reembolsado quando, mesmo não se tratando de caso de urgência ou emergência, optar pelo atendimento em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, respeitados os limites estabelecidos contratualmente.

5. Esse entendimento respeita, a um só tempo, o equilíbrio atuarial das operadoras de plano de saúde e o interesse do beneficiário, que escolhe hospital não integrante da rede credenciada de seu plano de saúde e, por conta disso, terá de arcar com o excedente da tabela de reembolso prevista no contrato.

6. Tal solução reveste-se de razoabilidade, não impondo desvantagem exagerada à recorrente, pois a suposta exorbitância de valores despendidos pelos recorridos na utilização dos serviços prestados por médico de referência em seu segmento profissional será suportada por eles, dado que o reembolso está limitado ao valor da tabela do plano de saúde contratado.

RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO, COM MAJORAÇÃO DE HONORÁRIOS.



(REsp 1760955/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Rel. p/ Acórdão Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/06/2019, DJe 30/08/2019)

Note-se, portanto, que o STJ conferiu interpretação ampliativa do art. 12, VI da Lei n.º 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), afastando a interpretação literal do dispositivo da lei de regência (INFORMATIVO 655 do STJ).

A exegese desse dispositivo que mais se coaduna com os princípios da boa-fé e da proteção da confiança nas relações privadas - sobretudo considerando a decisão do STF, em repercussão geral (Tema 345), acerca do ressarcimento devido ao SUS pelos planos de saúde.

Portanto, diferentemente do que julgou o juízo singular, se de fato é devido o reembolso das despesas, tal reembolso deve ser limitado ao valor da tabela do plano de saúde contratado.

Esse entendimento respeita, a um só tempo, o equilíbrio atuarial das operadoras de plano de saúde e o interesse do beneficiário, que escolhe hospital não integrante da rede credenciada de seu plano de saúde e, por conta disso, terá de arcar com o excedente da tabela de reembolso prevista no contrato. Tal solução reveste-se de razoabilidade, não impondo desvantagem exagerada à operadora do plano de saúde, pois a suposta exorbitância de valores despendidos pelos consumidores na utilização dos serviços prestados por médico de referência em seu segmento profissional será suportada por eles, dado que o reembolso está limitado ao valor da tabela do plano de saúde contratado.

Destarte, diferentemente do quanto arguido em contrarrazões, não se impõe à operadora do plano suportar todas as despesas com o procedimento e tratamento, realizado no Hospital Sírio Libanês, na cidade de São Paulo, na medida em que limitado o reembolso ao valor da tabela do plano.

Desta feita, no ponto, a sentença contraria jurisprudência recente do C. STJ, merecendo reparo.

Nem se alegue que a limitação do reembolso não foi alvo de pedido explícito, eis que o Novo CPC redimensionou o princípio da adstrição ao pedido de parte, prestigiando o conceito de pedido implícito (CPC/15, art. 322, § 2º).

Sobre a possibilidade de reembolso, nos limites do contrato, confira-se o julgado do TJRS:

Ementa: AÇÃO DE RESSARCIMENTO CUMULADA COM DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. APENDICCECTOMIA. NEGATIVA DE COBERTURA. DESCABIMENTO. REEMBOLSO. LIMITES DO CONTRATO. DANOS MORAIS. INOCORRÊNCIA. I. Nos termos do art. 14, do CPC/2015, a norma processual não retroagirá, respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada. Dessa forma, aplicam-se ao presente processo as disposições constantes do CPC/1973, em vigor quando do ajuizamento da ação, da prolação da sentença e da interposição deste recurso. II. Os contratos de planos de saúde estão submetidos às normas do Código de Defesa do Consumidor, na forma da Súmula 469, do STJ, devendo ser interpretados de maneira mais favorável à parte mais fraca nesta relação. De outro lado, os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais moléstias oferecerão cobertura, não lhes cabendo limitar o tipo de tratamento que será prescrito, incumbência essa que pertence ao



profissional da medicina que assiste o paciente. Além do mais, deve ser priorizado o direito à saúde e à vida em relação ao direito contratual. Incidência dos arts. 47 e 51, IV, § 1º, II, do CDC. III. Ademais, o tratamento em questão não está previsto nas hipóteses de exclusão do art. 10, da Lei nº 9.656/98, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Outrossim, é obrigatória a cobertura, ainda que dentro do prazo de carência, do atendimento nos casos de emergência urgência. Ademais, é de 24 horas o prazo máximo de carência para a cobertura dos casos de urgência e emergência. Inteligência dos arts. 12, V, "c", e 35-C, da Lei nº 9.656/98. IV. Por conseguinte, a requerida deve arcar com os custos do procedimento indicado ao marido da parte autora, observados os limites de reembolso previstos no contrato. V. No que tange aos danos morais, embora a negativa de cobertura pelo plano de saúde possa caracterizá-los, a questão deve ser examinada caso a caso. Na hipótese fática, não há direito à reparação por danos morais, uma vez que o procedimento cirúrgico no marido da autora sequer deixou de ser realizado, não havendo comprovação dos supostos danos daí decorrentes. Não logrou a autora comprovar os aborrecimentos, os transtornos e os constrangimentos eventualmente sofridos com a negativa de reembolso do tratamento, ônus que lhes incumbia, na forma do art. 333, I, do CPC/1973. Além disso, o valor desembolsado será ressarcido pela requerida. VI. Redimensionamento da sucumbência, observado o igual decaimento das partes em suas pretensões. **APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA.** (Apelação Cível Nº 70065207938, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge André Pereira Gailhard, Julgado em 30/03/2016)

A jurisprudência encampa a possibilidade de reembolso das despesas devidas ainda que o procedimento tenha sido realizado em Hospital não conveniado, na hipótese de emergência.

É ver:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO REALIZADO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA. HOSPITAL NÃO CONVENIADO. COBERTURA DEVIDA. REEMBOLSO DAS DESPESAS COMPROVADAS. DANO MORAL. INOCORRÊNCIA. 1. Os planos ou seguros de saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo atinente ao mercado de prestação de serviços médicos. Isto é o que se extrai da interpretação literal do art. 35 da Lei 9.656/98. Súmula n. 469 do STJ. 2. Caso em que o atendimento realizado no Hospital Moinhos de Vento foi prestado em caráter de emergência, diante do estágio crítico em que se encontrava o autor. 3. Demonstrado o caráter de emergência na realização do tratamento clínico, não seria crível que o réu pretendesse que o autor aguardasse mais tempo para realizar o procedimento necessário a sua saúde, a fim de que fosse feito por instituição conveniada, pois configuraria evidente descaso à saúde do beneficiário do plano de saúde e violaria a legislação que rege a matéria. 4. Verificado o caráter emergencial do procedimento, não há como justificar a negativa de reembolso do tratamento, por não ter sido realizado na rede credenciada. Inteligência dos artigos 1º e 35-C da Lei 9.656 de 1998. 5. Hipótese de ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento a ser realizado na forma simples. 6. Não merece prosperar o pedido de pagamento integral do valor referente ao empréstimo realizado junto à Caixa Econômica Federal, uma vez que deixou o autor de trazer aos autos qualquer documento que comprove que o valor advindo do empréstimo foi efetivamente utilizado para pagamento das despesas médico-hospitalares, ônus que lhe cabia e do qual não se desincumbiu, a teor do art. 333, inciso I do CPC. 7. Danos morais. Somente os fatos e acontecimentos capazes de abalar o equilíbrio psicológico do indivíduo são considerados para tanto, sob pena de



banalizar este instituto, atribuindo reparação a meros incômodos do cotidiano, em especial quando se trata de responsabilidade contratual. Dado parcial provimento ao apelo. (Apelação Cível Nº 70065494056, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 11/11/2015)

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS HOSPITALARES. CIRURGIA CARDÍACA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. ATENDIMENTO FORA DO ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA NÃO AFASTADA. INTELIGÊNCIA DAS CLÁUSULAS 26 E 27 DO CONTRATO. DEVER DE REEMBOLSO RECONHECIDO. DANO MORAL. DEVER DE INDENIZAR AFASTADO. Recurso de apelação interposto em face de sentença de improcedência de ação dirigida à mantenedora de plano de saúde para fins de pagamento das despesas relacionadas ao tratamento cirúrgico para cardiopatia grave a que restou submetido o contratante e que lhe estão sendo cobradas pelo nosocômio responsável pela internação a partir da recusa infundada de cobertura contratual, sem prejuízo da reparação pelo dano moral decorrente. Em se tratando de cardiopatia grave, qualquer circunstância que recomende intervenção médica e hospitalar pode ser considerada de emergência. O documento de fls. 47 informa que a recusa de cobertura decorreu do fato de a internação dar-se em hospital de alto custo e com tabela própria. Assim, é possível concluir-se que a justificativa para a recusa na esfera administrativa não coincide com a justificativa para a recusa apresentada em contestação. Devem ser, por conseguinte, rechaçadas de plano as justificativas processuais de que havia expressa exclusão de cobertura e de que não observou o contratante a limitação territorial. Em se tratando de relação de consumo jungida aos princípios esculpidos no Código de Defesa do Consumidor, caberia à mantenedora do plano de saúde demonstrar à suficiência que não era caso de obediência às cláusulas 26 e 27 do contrato, ônus do qual não se desincumbiu a partir da desistência da única testemunha que arrolou. Havendo risco de vida, como informado nos depoimentos das testemunhas, há situação de emergência a ser considerada. A interpretação dada à prova oral pelo julgador a quo prejudicou a parte apelante, pois negou vigência ao princípio fundamental da inversão do ônus da prova. Apelação provida em parte para condenar a ré a reembolsar o autor as despesas suportadas pelo tratamento e que foram objeto de cobrança judicial pelo nosocômio credor. Melhor sorte não tem o apelante no que diz respeito à pretensão formulada a título de dano moral. Consoante reiterado entendimento revelado por este Relator em julgamentos envolvendo descumprimento de contrato de plano de saúde, não há ilicitude, e portanto dever de indenizar, no comportamento de recusa de cobertura na esfera administrativa. No caso em comento sequer ação judicial foi ajuizada pelo apelante para satisfação da obrigação contratual, o que confirma que as circunstâncias do caso concreto não recomendam o reconhecimento dos pressupostos exigidos para a configuração do dano moral. Sucumbência proporcional à condenação e decaimento, conforme fundamentação. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA, POR MAIO (Apelação Cível Nº 70056994254, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sylvio José Costa da Silva Tavares, Julgado em 21/05/2015)

Por isso, em não afastada pela parte ré a circunstância de que a cirurgia se fazia necessária no Hospital Sírrio-Libanês, para o seu melhor tratamento; deve ser compelida ao ressarcimento, nos limites do contrato.

Entendo, por fim, que havendo risco de vida, como informado no bojo do processo, há situação de emergência a ser considerada. A gravidade do quadro clínico do autor atrai, por si só, a incidência da norma contida no artigo 35-C da Lei nº 9.656/98.

Por fim, relata o apelante, que inexistente o dever de indenizar



em danos morais.

Entendo que o referido pedido se encontra prejudicado, em razão da sentença de primeiro grau ter julgado improcedente o pleito quanto aos danos morais, inexistindo interesse recursal (fl. 258).

À vista do exposto, CONHEÇO DO PRESENTE RECURSO, dando-lhe PARCIAL PROVIMENTO, apenas para limitar o valor do reembolso ao valor da tabela do plano de saúde contratado. No mais mantida incólume a sentença hostilizada, tal como lançada.

É como voto.

Belém, 03 de fevereiro de 2020.

DESEMBARGADORA MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO

Relatora