



Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Gabinete da Desembargadora Maria das Neves do Egito de A. D. Ferreira

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL N. 0052963-17.2014.815.2001

ORIGEM: 8ª Vara Cível da Comarca da Capital

RELATOR: Juiz Ricardo Vital de Almeida, convocado para substituir a Desª Maria das Neves do Egito de A. D. Ferreira

APELANTE: GEAP Autogestão em Saúde

ADVOGADO: Nelson Wilians Fraton Rodrigues (OAB/SP 128.341)

APELADO: Leonardo José Cavalcanti de Carvalho, representado por sua curadora, Maria Nelly C. de Carvalho

DEFENSORA: Alice Alves da Costa Aranha (OAB/PB 5359)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL C/C RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DA COBERTURA FINANCEIRA DE PROCEDIMENTO DENOMINADO "APLICAÇÕES DE ELETROCONVULSOTERAPIA". PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA GRAVE (ESQUIZOFRENIA RESIDUAL). NEGATIVA QUE SE PAUTOU EM FALTA DE COBERTURA ASSISTENCIAL. INCIDÊNCIA DAS NORMAS CONSUMERISTAS. INTERPRETAÇÃO DO CONTRATO CONFORME A FUNÇÃO SOCIAL E A BOA-FÉ OBJETIVA. OBRIGAÇÃO DO PLANO DE AUTORIZAR O PROCEDIMENTO SOLICITADO PELO MÉDICO ESPECIALISTA. TRATAMENTO CUSTEADO PELO CONSUMIDOR. REEMBOLSO DAS DESPESAS. CABIMENTO. SENTENÇA QUE DETERMINOU A RESTITUIÇÃO DO VALOR TOTAL. REFORMA NESSE PONTO. REEMBOLSO QUE DEVE OBSERVAR OS LIMITES ESTABELECIDOS NO CONTRATO. PROVIMENTO PARCIAL.

1. Nos termos da Súmula 469 do STJ, "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

2. Em se tratando de relação regida pelos princípios e regras da

Lei n. 8.078/1990, as cláusulas limitadoras de direitos devem ser interpretadas de maneira favorável ao consumidor, afastando-se, de outro lado, aquelas que se mostrem abusivas. A interpretação do contrato, nesse caso, deve-se dar em conformidade com a função social e a boa-fé objetiva.

3. STJ: "Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico do beneficiário. Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar". (AgRg no REsp 1450673/PB, Relator: Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 07/08/2014, DJe de 20/08/2014).

4. TJPB: "*In casu*, deve ser mantida a decisão que determinou a devolução das despesas suportadas pela autora, ora recorrida, contudo o reembolso deve ser realizado de acordo com o valor constante na Tabela do plano de saúde." (ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo n. 00364328420138152001, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator: Des. JOSÉ AURÉLIO DA CRUZ, j. em 30-06-2016).

5. Apelo provido parcialmente.

VISTOS, relatados e discutidos estes autos.

ACORDA a Segunda Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, **à unanimidade, dar provimento parcial à apelação.**

Trata-se de apelação cível interposta por GEAP - AUTOGESTÃO EM SAÚDE S/A contra sentença (f. 114/122) do Juízo de Direito da 8ª Vara Cível da Comarca da Capital que, nos autos da ação de nulidade de cláusula contratual c/c ressarcimento de despesas médico-hospitalares, julgou parcialmente procedente a pretensão inicial, condenando a demandada (GEAP) a pagar ao autor a quantia de R\$ 17.400,00 (dezesete mil e quatrocentos reais), a título de ressarcimento, corrigidos monetariamente, desde o evento danoso, e acrescidos de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir da citação. A promovida foi condenada ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, estes fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação (art. 85, §2º, do CPC).

Eis as teses recursais:

(1) a GEAP Autogestão em Saúde, sucessora da GEAP Fundação de Seguridade Social, está classificada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como Operadora de Saúde, na modalidade de autogestão multipatrocinada;

(2) "a GEAP é regida pela legislação geral, legislação da saúde suplementar que lhe for cabível, em especial, Lei 9.656/98, e principalmente por seu Estatuto e pelos regulamentos de cada um dos planos oferecidos pela operadora";

(3) a GEAP não possui finalidade lucrativa e administra planos assistenciais voltados ao universo fechado e restrito de beneficiários, não podendo ser equiparada aos demais planos, merecendo tratamento diferenciado, mormente com relação à legislação aplicável;

(4) o procedimento denominado de "eletroconvulsoterapia" não consta do rol de coberturas obrigatórias estabelecido pela ANS;

(5) a Lei n. 9.656/98 só exige o reembolso de procedimentos em valor integral em duas hipóteses: quando se tratar de atendimento de urgência e emergência ou quando não seja possível realizar esse atendimento por meio de rede credenciada;

(6) a Norma Técnica da GEAP, acompanhando o teor da legislação, determina que o reembolso somente ocorrerá nas situações permitidas e com base no que determina a Tabela da GEAP, que estabelecerá limites máximos;

(7) as despesas com internação, consultas e exame deverão ser reembolsadas ao beneficiário pelo valor constante da tabela adotada pela GEAP, descontando sua participação correspondente, na forma do item 3 da Resolução/GEAP/CONDEL/N. 35.

Ao final, a apelante pugnou pelo conhecimento e provimento recursal, para que a sentença seja reformada e seja julgado improcedente o pedido inicial. Sucessivamente, requereu que o reembolso seja realizado de acordo com a tabela da GEAP.

Contrarrazões pelo desprovimento da apelação (f. 154/157).

A Procuradoria de Justiça opinou pelo desprovimento do recurso (f. 161/163).

É o relatório.

**VOTO: Juiz Convocado RICARDO VITAL DE ALMEIDA
Relator**

Consta dos autos que o autor, Leonardo José Cavalcanti de Carvalho, representado por sua curadora, Maria Nelly Cavalcanti de Carvalho, ajuizou a presente ação de nulidade de cláusula contratual c/c ressarcimento de despesas médico-hospitalares contra a GEAP, aduzindo, em síntese, que:

(1) é titular de Contrato de Prestação de Serviços na modalidade de GEAP Família;

(2) é portador de doença grave, crônica e incapacitante (Diagnóstico NF 20.0–CID 10), encontrando-se em tratamento especializado há vários anos;

(3) sua saúde se agravou, razão pela qual o Dr. Alfredo José Minervino solicitou internamento hospitalar na Clínica de Repouso Vila Sant'Ana, bem como 12 (doze) aplicações de eletroconvulsoterapia (ECT);

(4) ao requerer autorização para a realização do procedimento, foi informado pela GEAP que não havia cobertura contratual para tanto, o que também inviabilizaria o reembolso de eventuais despesas.

Na contestação, o plano promovido (GEAP) sustentou que o tratamento apontado pelo autor não integra o rol dos procedimentos estabelecidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde), nem encontra previsão no contrato de saúde suplementar, não havendo, portanto, cobertura para o procedimento, nem respaldo para o reembolso postulado.

A insigne juíza *a quo* entendeu ser devida a restituição do valor pago pelo autor (R\$ 17.400,00) para a realização das doze aplicações de eletroconvulsoterapia, consignando o entendimento de que não pode o plano de saúde recusar-se a autorizar tratamento indicado pelo médico, quando existe risco à vida do paciente.

A sentença, contudo, merece retoque no que pertine aos moldes em que o reembolso deve ser realizado.

De início, destaco que as relações havidas entre os planos de saúde e seus usuários são de consumo, conforme a Súmula 469 do STJ.¹

É pacífica nos tribunais a aplicação do CDC aos planos de saúde, uma vez que estão plenamente caracterizados os conceitos de consumidor (art. 2º) e fornecedor (art. 3º), nos exatos termos da lei consumerista.

As empresas de planos de saúde prestam um serviço com intuito lucrativo, caracterizando-se como fornecedoras. O cliente, por sua vez, utiliza-se dos serviços como destinatário final, sendo, portanto, consumidor,

¹ Súmula 469 do STJ: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

caracterizando-se uma nítida relação de consumo.

Dessa forma, é inquestionável a incidência das normas consumeristas, pois se trata de inegável relação regida pelos princípios e regras da Lei n. 8.078/1990, devendo-se, portanto, interpretar as cláusulas limitadoras de direitos favoravelmente ao consumidor, afastando-se, de outro lado, aquelas que se mostrem abusivas.

O STJ consignou o seguinte entendimento:

Afigura-se desinfluyente a discussão acerca da aplicação das disposições contidas na Lei n. 9.656/1998 na hipótese de as cláusulas contratuais serem analisadas em conformidade com as disposições contidas no Código de Defesa do Consumidor.²

É aplicável todo o sistema consumerista à relação ajustada entre as partes, o qual prevê princípios e regras que visam à efetivação da tutela do consumidor, reconhecidamente vulnerável no mercado de consumo.

É oportuna a transcrição do ensinamento de Cláudia Lima Marques:

A vulnerabilidade não é, pois, o fundamento das regras de proteção ao mais fraco, é apenas a "explicação" destas regras ou da atuação do legislador (Fiechter-Boulevard, Rapport, p. 328), é a técnica para as aplicar bem, é a noção instrumental que guia e ilumina a aplicação destas normas protetivas e reequilibradoras, à procura do fundamento da igualdade e da justiça equitativa.³

Eis precedentes do Tribunal de Justiça de Minas Gerais sobre o tema:

APELAÇÃO CÍVEL. COBERTURA CONTRATUAL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO CELEBRADO COM A VIVAMED. PLANO DE SAÚDE FORNECIDO PELA UNIMED. LEGITIMIDADE PASSIVA. PRELIMINAR REJEITADA. AUTORIZAÇÃO PARA EXAME MÉDICO DIAGNÓSTICO. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CÉREBRO. CLÁUSULA QUE IMPEDE A REALIZAÇÃO. CONTRATO FIRMADO ANTES DA LEI 9.656/98. IRRELEVÂNCIA. LIMITAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. APELOS NÃO PROVIDOS. SENTENÇA MANTIDA. 1. A Unimed Belo Horizonte, por ser a prestadora de serviços médicos contratados pela Vivamed - Cooperativa de Usuários de Assistência Médico-Hospitalar do Sicoob Ltda. para assistir aos seus associados, possui legitimidade passiva para responder por eventual procedência do pedido na ação que tem por objeto a realização de exame médico indicado para o tipo de doença que acomete o Autor, por ela recusado. **2. As cláusulas restritivas de direito, tal como a que delimita os procedimentos cobertos**

² AgRg no AREsp 273.368/SC, Relator: Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 21/02/2013, DJe de 22/03/2013.

³ In Comentários ao Código de Defesa do Consumidor: arts. 1º a 74: aspectos materiais / Cláudia Lima Marques, Antônio Herman V. Benjamin, Bruno Miragem. - São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003, p. 120.

pelos planos de saúde, mesmo aqueles celebrados anteriormente à Lei 9.656/98, deverão ser interpretadas à luz do disposto no art. 51, do Código de Defesa do Consumidor, de modo que não redundem em abusividade.⁴

DIREITO DO CONSUMIDOR - PLANO DE SAÚDE - ADAPTAÇÃO - LEI 9.656/98 - AUSÊNCIA - PRINCÍPIOS - CONTRATO DE ADESÃO - CLÁUSULA GENÉRICA - INTERPRETAÇÃO FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR - PEDIDO COMINATÓRIO - PROCEDÊNCIA. - **O Código de Defesa do Consumidor incide nos contratos de prestação de serviços médicos, ainda que não adaptados à Lei n. 9.656/98, orientando-se a interpretação de suas cláusulas aos princípios da transparência, do equilíbrio, da proteção da confiança, da função social e da boa-fé.** - Nos contratos de adesão, a cláusula contratual ambígua ou genérica deve ser interpretada em prol do consumidor, parte hipossuficiente na relação jurídica. Precedentes do STJ. - Ilegítima a recusa da operadora de plano de saúde em realizar procedimento cirúrgico de que tem necessidade o seu usuário, se ausente cláusula expressa de exclusão de cobertura no ajuste.⁵

APELAÇÃO CÍVEL. COBERTURA SECURITÁRIA. SEGURO SAÚDE. SENTENÇA MANTIDA. - **As cláusulas restritivas de direito, tal como a que delimita os procedimentos cobertos pelos planos de saúde, mesmo aqueles celebrados anteriormente à Lei 9.656/98, deverão ser interpretadas à luz do disposto no art. 51, do Código de Defesa do Consumidor, de modo que não redundem em abusividade.⁶**

Na espécie, a apelante asseverou que o procedimento denominado "eletroconvulsoterapia" não consta do rol de coberturas obrigatórias estabelecido pela ANS.

Destaco algumas premissas que são capazes de fazer sucumbir o referido argumento:

(1) o Regulamento do Plano de GEAPSaúdeII prevê cobertura para tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados no CID-10, abrangendo atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (art. 7º, inciso V, alínea "a");

(2) deve-se aplicar, ao caso, o art. 47 do CDC, segundo o qual as

⁴ TJMG - Apelação Cível n. 1.0024.09.692559-9/001, Relator: Des. José Marcos Vieira, 16ª Câmara Cível, julgamento em 02/10/2014, publicação da súmula em 13/10/2014.

⁵ TJMG - Apelação Cível n. 1.0382.12.005235-4/001, Relator: Des. Paulo Balbino, 11ª Câmara Cível, julgamento em 25/09/2014, publicação da súmula em 02/10/2014).

⁶ TJMG - Apelação Cível n. 1.0567.12.004925-7/001, Relator: Des. José Marcos Vieira, 16ª Câmara Cível, julgamento em 24/07/2014, publicação da súmula em 04/08/2014.

cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, bem como o art. 51, IV, § 1º, II, do mesmo Código, o qual dispõe que é nula a cláusula que estabeleça obrigações consideradas iníquas, que coloquem o consumidor em desvantagem;

(3) “o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura e que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário”;⁷

(4) o contrato firmado entre as partes não contém vedação expressa com relação à cobertura do procedimento em questão, caracterizando afronta ao previsto no art. 16, VI⁸, da Lei n. 9.556/98 e ao princípio da transparência disposto no art. 54, § 4º⁹ do CDC;

Ademais, o aludido procedimento fora solicitado pelo médico do promovente/apelado e reputado necessário ao tratamento psiquiátrico do paciente.

Com bem consignou a magistrada singular, “o médico psiquiatra, o qual assiste aquele, alegou que o paciente apresentava risco de vida para ele e para os familiares, solicitando o procedimento que melhor achou pertinente ao caso.” (f. 118).

Nesse viés, como outrora dito, o entendimento do STJ é de que, **tratando-se de exame necessário ao tratamento do paciente, e devidamente solicitado pelo seu médico, não pode o plano de saúde negar-se a autorizar o procedimento, sob o precário argumento de falta de cobertura contratual ou assistencial para tanto.**

Ademais, *in casu*, **se o regulamento da GEAP prevê cobertura para tratamento psiquiátrico, todos os procedimentos necessários ao controle da doença devem, de igual modo, ser cobertos.**

As cláusulas contratuais devem ser interpretadas da forma mais favorável ao consumidor, nos termos do art. 47 do CDC, tendo-se por

⁷ STJ. AgRg no REsp 1547168/SP, Rel. Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 26/04/2016, DJe 03/05/2016.

⁸ Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

[...]

VI - os eventos cobertos e excluídos;

⁹ Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

[...]

§ 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

abusivas as que o coloquem em desvantagem exagerada (art. 51, inc. IV, § 1º, inc. II).

Nesse ínterim, constato que o contrato em questão não demonstra expressamente a exclusão do procedimento realizado pelo autor, não podendo a apelante precariamente alegar falta de cobertura assistencial para eximir-se de sua obrigação de arcar com as despesas decorrentes do tratamento solicitado por médico especialista.

Destaco, ainda, que os procedimentos elencados pela ANS, que integram um rol não taxativo, constituem referência básica para a cobertura mínima obrigatória, não abrangendo todos os casos, não se afigurando legal a recusa do plano a autorizar o procedimento em referência (aplicações de eletroconvulsoterapia), reputado necessário ao tratamento psiquiátrico do autor/apelado.

É pacífico que, no contrato de plano de saúde, para que haja a exclusão de algum serviço ou de alguma cirurgia, é necessário que o contrato seja claro nesse sentido. Portanto, o que não estiver expressamente excluído entende-se que está incluído na cobertura.

Eis julgados do STJ acerca da matéria:

Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico do beneficiário. Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar.¹⁰

AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ESPECIAL - - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO EM RAZÃO DA INDEVIDA **NEGATIVA DE COBERTURA FINANCEIRA DE EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA** - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO SEGUIMENTO AO RECLAMO. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. 1. **Aplicação da Lei 9.656/98 a contratos anteriores à sua vigência. Embora as disposições do aludido diploma legal, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não retroajam para atingir contratos celebrados antes de sua vigência (quando não adaptados ao novel regime), a eventual abusividade das cláusulas pode ser aferida à luz do Código de Defesa do Consumidor. Isto porque "o contrato de seguro de saúde é obrigação de trato sucessivo, que se renova ao longo**

¹⁰ AgRg no REsp 1450673/PB, Relator: Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 07/08/2014, DJe de 20/08/2014.

do tempo e, portanto, se submete às normas supervenientes, especialmente às de ordem pública, a exemplo do CDC, o que não significa ofensa ao ato jurídico perfeito" (AgRg no Ag 1.341.183/PB, Rel. Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, julgado em 10.04.2012, DJe 20.04.2012). Precedentes. 2. **Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico do beneficiário. Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar.** Precedentes. 3. Agravo regimental desprovido, com a imposição de multa.¹¹

Com relação à alegação da apelante de que as operadoras que atuam como autogestão não se submetem ao CDC, destaco o atual entendimento do STJ em recente julgado:

O regime de "autogestão" e a alegada ausência de fins lucrativos da apelante não afastam o caráter consumerista da relação entabulada entre as partes, tendo em vista a prestação de assistência à saúde remunerada pelos seus associados.¹²

O posicionamento defendido atualmente pelo STJ é da aplicação do "Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde remunerado, ainda que seja administrado por entidade de autogestão".¹³

Trago precedente do STJ nesse tom:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO (ARTIGO 544 DO CPC) - DEMANDA POSTULANDO O CUSTEIO DE MATERIAL SOLICITADO POR MÉDICO ESPECIALISTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (ENDOPRÓTESE DE JOELHO) E INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO PROVIMENTO AO RECLAMO, MANTIDA A INADMISSÃO DO RECURSO ESPECIAL. 1. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão. É cediço nesta Corte que "a relação de consumo caracteriza-se pelo objeto contratado, no caso a cobertura médico-hospitalar, sendo desinfluyente a natureza jurídica da entidade que presta os serviços, ainda que se diga sem caráter lucrativo, mas que mantém plano de saúde remunerado" (REsp 469.911/SP, Rel. Ministro Aldir Passarinho Júnior, Quarta Turma, julgado em 12.02.2008, DJe 10.03.2008). Incidência da Súmula 469/STJ. 2. A recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de

¹¹ STJ, AgRg no REsp 1450673/ PB, Relator: Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 07/08/2014, DJe de 20/08/2014.

¹² STJ. AREsp 686266. Relator: Ministro Raul Araújo. Data do Julgamento: 08/06/2015.

¹³ STJ. AREsp 727781. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Data do Julgamento: 01/07/2015.

saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Caracterização de dano moral *in re ipsa*. Precedentes. Incidência da Súmula 83/STJ. 3. Pretensão voltada à redução do valor fixado a título de dano moral. Inviabilidade. Quantum indenizatório arbitrado, na origem, em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), o que não se distancia dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, nos termos da orientação jurisprudencial desta Corte. Precedentes. 4. Agravo regimental desprovido.¹⁴

Por fim, a conclusão que se constrói é a de que o plano de saúde apelante deve arcar com os custos decorrentes das 12 (doze) aplicações de eletroconvulsoterapia.

Contudo **o ressarcimento da quantia despendida com a realização dos procedimentos deve dar-se nos limites do contrato entabulado entre as partes**, sob pena de enriquecimento sem causa do autor/apelado, porquanto, caso o plano de saúde houvesse autorizado espontaneamente a realização das aplicações, o titular do plano arcaria com sua participação prevista no contrato.

Colaciono recente aresto do STJ nesse norte:

RECURSOS ESPECIAIS - AÇÃO INDENIZATÓRIA - PRETENSÃO DE CONDENAÇÃO AO PAGAMENTO DE DANOS MATERIAIS E MORAIS EM VIRTUDE DA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA DE MAMOPLASTIA, COM A COLOCAÇÃO DE PRÓTESES DE SILICONE, NÃO AUTORIZADA PELO PLANO DE SAÚDE, SOB A ALEGAÇÃO DE TRATAR-SE DE PROCEDIMENTO MERAMENTE ESTÉTICO - BENEFICIÁRIA PORTADORA DE OBESIDADE MÓRBIDA - INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS QUE JULGARAM PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO VEICULADO NA DEMANDA, A FIM DE DETERMINAR O **REEMBOLSO DAS DESPESAS EFETUADAS NOS LIMITES DO CONTRATO ENTABULADO ENTRE A USUÁRIA E A OPERADORA DO PLANO**. INSURGÊNCIA DE AMBAS AS PARTES. Hipótese: **Possibilidade de determinação jurisdicional de ressarcimento, nos limites do contrato, da quantia despendida com a realização de cirurgia plástica reparadora de mamoplastia, com a colocação de próteses de silicone, diante da recusa do plano de saúde em autorizar o referido procedimento, sob a alegação de ser meramente estético, mesmo tendo este sido expressamente indicado por médicos especialistas, após cirurgia bariátrica (redução de estômago), por ser a paciente portadora de obesidade mórbida.** 1. Recurso

¹⁴ STJ. AgRg no AREsp n. 187.473/DF, Relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 25/6/2013, DJe 1º/8/2013.

Especial da ré. Violação aos artigos 104, 421, 425 e 884 do Código Civil de 2002. 1.1 A existência de cobertura contratual para a doença apresentada pelo usuário conduz, necessariamente, ao custeio do tratamento proposto pelos médicos especialistas, revelando-se abusiva qualquer cláusula limitativa do meio adequado ao restabelecimento da saúde e do bem-estar do consumidor. Precedentes. 1.2 Havendo expressa indicação médica, alusiva à necessidade da cirurgia reparadora, decorrente do quadro de obesidade mórbida da consumidora, não pode prevalecer a negativa de custeio da intervenção cirúrgica indicada - mamoplastia, inclusive com a colocação de próteses de silicone -, sob a alegação de estar abarcada por previsão contratual excludente ("de cobertura de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, e próteses, meramente para fins estéticos"); pois, na hipótese, o referido procedimento deixa de ser meramente estético para constituir-se como terapêutico e indispensável. Precedentes. 1.3 Nesse contexto, o instrumento pactuado em questão não exclui a cobertura da doença, muito menos o tratamento, motivo pelo qual a recusa em autorizar a realização da cirurgia, com o consequente reembolso das despesas, consubstancia-se em nítido descumprimento contratual. 2. Recursos Especial da autora. 2.1 Violação ao artigo 535 do Código de Processo Civil de 1973. Ausência de quaisquer dos vícios elencados no artigo 535 do Código de Processo Civil de 1973, pois o acórdão que julgou os primeiros embargos de declaração enfrentou a questão atinente à limitação do reembolso à previsão contratual de modo expresso e fundamentado, nos limites em que lhe foi submetida. 2.2 Ofensa ao artigo 884 do Código Civil de 2002. **A autora não pode receber, a título de indenização por dano material, mais do que teria recebido caso a operadora do plano de saúde tivesse autorizado a intervenção cirúrgica e, espontaneamente, pago as despesas para a sua realização, sob pena de caracterizar-se o seu enriquecimento sem causa, devendo-se respeitar os limites contratados.** 3. Recursos especiais DESPROVIDOS, mantendo-se na íntegra o acórdão recorrido.¹⁵

Esta Corte de Justiça, em caso análogo ao dos autos, perfilhou o entendimento de que "o reembolso deve ser realizado de acordo com o valor constante na Tabela do plano de saúde". Vejamos:

CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AQUISIÇÃO DE MATERIAL NECESSÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA. INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. NEGATIVA DA PROMOVIDA. AQUISIÇÃO PELA CONSUMIDORA. REEMBOLSO. ENTENDIMENTO FIRMADO PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. 1. Aplica-se o Código de

¹⁵ REsp 1442236/RJ, Rel. Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 17/11/2016, DJe 28/11/2016.

Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. (Súmula nº 469 do STJ) 2. É nula a cláusula que estabeleça obrigações consideradas iníquas, que coloquem o consumidor em desvantagem. 3. ***In casu*, deve ser mantida a decisão que determinou à devolução das despesas suportadas pela autora, ora recorrida, contudo o reembolso deve ser realizado de acordo com o valor constante na Tabela do plano de saúde.** VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos. ACORDAM os integrantes da E. Terceira Câmara do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, em desprover o recurso, nos termos do voto do Relator e da certidão de julgamento de fl. 157.¹⁶

Diante do exposto, **dou provimento parcial à apelação**, apenas para determinar que o reembolso seja realizado de acordo com o valor constante na tabela do plano de saúde promovido (GEAP).

É como voto.

Presidiu a Sessão o Excelentíssimo Desembargador **OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO**, que participou do julgamento com **ESTE RELATOR** (Juiz de Direito Convocado, com jurisdição plena, em substituição à Excelentíssima Desembargadora MARIA DAS NEVES DO EGITO DE A. D. FERREIRA) e com o Excelentíssimo Doutor **MIGUEL DE BRITTO LYRA FILHO** (Juiz de Direito Convocado, com jurisdição plena, em substituição ao Excelentíssimo Desembargador ABRAHAM LINCOLN DA CUNHA RAMOS).

Presente à Sessão a Excelentíssima Doutora **LÚCIA DE FÁTIMA MAIA DE FARIAS**, Procuradora de Justiça.

Sala de Sessões da Segunda Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2017.

Juiz Convocado RICARDO VITAL DE ALMEIDA
Relator

¹⁶ ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo n. 00364328420138152001, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator: Des. José Aurélio da Cruz, j. em 30-06-2016.