



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
GAB. DESEMBARGADOR LEANDRO DOS SANTOS

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0000483-33.2012.815.2001

RELATOR : Juiz Convocado ONALDO ROCHA DE QUEIROGA

1ª APELANTE : Unimed João Pessoa – Coop. de Trabalho Médico LTDA

ADVOGADOS : Hermano Gadelha de Sá, OAB/PB 8463 e Leidson Flamarion
Torres Matos, OAB/PB 13040

2ª APELANTE : Adriana Maia Maroja Pedrosa

ADVOGADO : Paulo Américo Maia Peixoto, OAB-PB 10.539

APELADOS : Os mesmos

ORIGEM : Juízo da 4ª Vara Cível da Capital

JUIZ (A) : José Herbert Luna Lisboa

APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. UNIMED. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. “DUODENOPACREATECTOMIA DE CISTOADENOMA PANCREÁTICO BENIGNO”. CISTO NO PÂNCREAS. ALTA COMPLEXIDADE E RISCO PARA A PACIENTE. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. HOSPITAL DE GRANDE RENOME. SÍRIO LIBANÊS. PEDIDO DE REEMBOLSO PARCIAL DAS DESPESAS COM O PROCEDIMENTO INDICADO. RESTITUIÇÃO EM DOBRO INDEVIDA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARCIAL. IRRESIGNAÇÕES. MANUTENÇÃO DO *DECISUM*. DESPROVIMENTO DOS RECURSOS.

- Os planos de saúde sujeitam-se à incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, enquadrando-se na modalidade de serviço prestado, sob remuneração, pelo mercado de consumo, nos termos do art. 3º, § 2º, daquele diploma normativo.

- “O reembolso das despesas hospitalares realizadas em hospital não conveniado ao plano de saúde é admitido em casos excepcionais e de urgência”. (STJ - AgRg no AREsp 54.991/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 13/11/2012, DJe 21/11/2012)

- “É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência, como tal definidos os que

implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente (art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98);

Vistos, relatados e discutidos estes autos acima identificados:

ACORDA a Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, em **DESPROVER OS APELOS**, nos termos do voto da Relatora e da certidão de julgamento de fl. 209.

RELATÓRIO

Trata-se de Apelações Cíveis interpostas pela UNIMED João Pessoa – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA e por ADRIANA MAIA MAROJA PEDROSA contra a Sentença de fls. 133/137 que, nos autos da Ação de Cobrança, julgou parcialmente procedente o pedido autoral, para condenar a Ré, a título de ressarcimento, correspondente às despesas efetuadas na realização do procedimento cirúrgico, a quantia de R\$ 22.686,92 (vinte e dois mil, seiscentos e oitenta e seis reais e noventa e dois centavos), devidamente corrigidos a partir do dispêndio (Súmula 43, STJ) e com incidência de juros de mora de 1% ao mês, a partir da citação.

Embargos de Declaração opostos pela Autora às fls. 141/142, os quais foram ACOLHIDOS às fls. 168/169, para sanar erro material na Sentença, corrigindo o valor da condenação para **R\$ 28.028,46** (vinte e oito mil, vinte e oito reais e quarenta e seis centavos).

Nas razões da Unimed/JP, fls. 143/151, a Apelante sustenta, em apertada síntese, que não há cobertura contratual para o procedimento efetuado em hospital não credenciado. Afirma que, por mera liberalidade, restituiu parcialmente a Autora, tendo em vista que o valor pago seria o montante gasto, conforme tabela própria, caso o procedimento tivesse sido efetuado em um hospital conveniado e com médicos cooperados. Ao final, pugna pelo provimento do Recurso.

A Autora Apelou às fls. 173/177, requerendo a restituição, em dobro, dos valores indevidamente despendidos, quando da realização de

procedimento cirúrgico de urgência, sob risco de morte. Ademais, postula honorários recursais.

Contrarrazões da Promovente às fls. 178/182 e da Promovida às fls. 186/192.

A Procuradoria de Justiça opinou pelo desprovimento dos Recursos, fls. 200/204.

É o relatório.

VOTO

Os Apelos serão analisados conjuntamente.

Exsurge dos autos que a Autora mantém um contrato de prestação de serviço médico-hospitalar junto à Unimed/João Pessoa, pagando suas obrigações em dia.

A Promovente relatou que, em 14.10.2006, foi submetida a uma cirurgia de grande porte e de **urgência**, denominada “Duodenopacreatectomia de Cistoadenoma Pancreático Benigno”, para retirada de um cisto no pâncreas. Devido à alta complexidade e risco do referido procedimento, foi realizado no Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, conforme Declaração de fl. 17.

A Demandante aduziu que, ao solicitar à Demandada a cobertura para o procedimento com reembolso das quantias pagas, em setembro de 2006, mediante requerimento administrativo protocolado, esta permaneceu inerte. Sem condições de esperar por um novo posicionamento do plano de saúde, alegou que partiu para São Paulo, a fim de realizar a cirurgia de urgência às suas custas.

Sustentou, ainda, que o montante total despendido foi R\$ 50.715,38 (cinquenta mil, setecentos e quinze reais e trinta e oito centavos), tendo a Promovida reembolsado apenas a quantia de R\$ 22.686,92 (vinte e dois mil, seiscentos e oitenta e seis reais e noventa e dois centavos).

Requeru, ao final, a repetição do indébito, em dobro, da quantia indevidamente paga por ela.

O magistrado *a quo* julgou parcialmente procedente o pedido autoral, para que seja devolvido o restante do valor pago pela Autora, de forma simples.

Pois bem.

Ab inito, mister se faz realçar que os planos de saúde sujeitam-se à incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, enquadrando-se na modalidade de serviço prestado, sob remuneração, pelo mercado de consumo, nos termos do art. 3º, § 2º, daquele diploma normativo.

Neste íterim, oportuno lembrar que a lei consumerista é norma de ordem pública e de interesse social, haja vista seu honroso mister de promover uma realidade social mais justa e igualitária. Aplica-se, via consequência, obrigatoriamente às relações por ela regulada, sendo inderrogáveis pela vontade dos contratantes.

Sob esse horizonte, apreciemos o disposto nos arts. 46, 47 e 48 do Código de Defesa do Consumidor:

“Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.

Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Art. 48. As declarações de vontade constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às relações de consumo vinculam o fornecedor, ensejando inclusive execução específica, nos termos do art. 84 e parágrafos.”

Observemos, ainda, o contido no art. 31 do mesmo diploma legal:

“Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.”

O fato do procedimento cirúrgico ter sido em hospital não credenciado, o Superior Tribunal de Justiça já enfrentou a matéria, afirmando que o reembolso das despesas efetuadas, pelo valor equivalente ao que seria cobrado por outro da rede, pode ser admitido em casos especiais.

Nesse sentido:

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)

Este Egrégio Tribunal de Justiça também já se manifestou sobre o assunto:

PLANO DE SAÚDE. AÇÃO INDENIZATÓRIA POR DANOS MATERIAIS E MORAIS C/C OBRIGAÇÃO DE FAZER. APELAÇÃO CÍVEL. CIRURGIA DE URGÊNCIA. HOSPITAL NÃO CONVENIADO. IRRELEVÂNCIA. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA QUE NEGA A RESTITUIÇÃO. NOSOCÔMIO INTEGRANTE DE COOPERATIVA QUE FAZ PARTE DE SISTEMA NACIONAL. DANOS MATERIAIS E MORAIS

CONFIGURADOS. VALORES FIXADOS CORRETAMENTE. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. - As cláusulas do contrato de seguro de adesão devem ser interpretadas de forma restritiva e da maneira mais favorável ao segurado, nos termos do artigo 47 e 51, XV, do CDC. - **O reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado é admitido em casos excepcionais, como na hipótese de urgência da internação.** A negativa indevida de atendimento dá ensejo à indenização por danos morais a paciente porque gera irresignação, humilhação e perplexidade, obrigando a consumidora a realizar despesas que não esperava. O valor da indenização por danos morais deve atender ao seu caráter dúplice compensatório da dor da vítima e punitivo do causador do dano. No entanto, não pode ser demasiadamente elevada, pois caracterizar-se-ia enriquecimento ilícito, nem significativamente baixa, que não consiga cobrir os prejuízos sofridos pela vítima. AC 037.2001.003.371-2/001, Rel. Des. Antônio de Pádua Lima Montenegro, Quarta Câmara Cível, julgado em 06.09.2005, DJ 20.09.2005. (TJPB - Acórdão do processo nº 20020077660286002 -Órgão (1 CAMARA CIVEL) - Relator DES. JOSÉ DI LORENZO SERPA - j. em 12/07/2012)

Acerca do tema, relevante destacar o art. 35-C da Lei nº 9.656/98, que *“dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”*.

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, caracterizado em declaração do médico assistente;

Notório resta que a negativa da cobertura solicitada, necessária à saúde da paciente, restringe direito fundamental inerente à própria natureza do contrato, sobretudo, diante do quadro clínico apresentado que demonstrava risco de vida à Autora, conforme Declaração de fl. 17.

Não é outro o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, que tem precedente nesse mesmo sentido:

“DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. OFENSA AO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO DE MATÉRIA FEDERAL.

INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 211/STJ. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA LIMITATIVA DE TRATAMENTO. ABUSIVIDADE. PATOLOGIA COM COBERTURA CONTRATUAL. 1. **Havendo previsão contratual de cobertura de determinada patologia, é abusiva a restrição aos meios necessários ao sucesso do tratamento. Quem garante os fins deve dar os meios, sob pena de ofensa à boa-fé objetiva e à vedação de comportamento contratual contraditório.** Precedentes. 2. Agravo regimental não provido, com aplicação de multa.” (AgRg no AREsp 341.956/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 02/10/2014, DJe 07/10/2014)

É, pois, sob esse fundamento, que os tribunais pátrios vêm declarando a abusividade de cláusulas contratuais que limitem coberturas ou estabeleçam exclusões atentatórias à legítima expectativa do consumidor de receber integral assistência do plano de saúde.

Não almejamos negar ou suprimir a autonomia da vontade na formação dos contratos. Absolutamente. O nosso querer restringe-se à primazia de valores maiores, utilizando-se, para tanto, do espírito protetivo do direito consumerista e seus princípios da transparência, boa-fé, lealdade, probidade e eticidade.

Ressalto, pois, que a liberdade de contratar não é absoluta, esbarrando em zonas fronteiriças de bens supremos e, por isto, indisponíveis.

A natureza peculiar do contrato de seguro de saúde e a especial relevância do direito protegido, estão a exigir que a sua compreensão seja realizada à luz de princípios maiores e não a vista das regras tradicionais da teoria dos contratos.

Destaco, ainda, que a cooperativa médica, ofertante de planos de saúde, por inserir-se num ramo de atividade classificada como serviço público de natureza essencial, deve ter, como bússola norteadora de suas ações, a promoção da dignidade humana.

Tenho, pois, que andou bem o Juiz sentenciante ao determinar o custeio integral do procedimento cirúrgico pela Unimed JP, isentando a

Autora das despesas devidamente comprovadas.

Ademais, quanto ao pleito referente aos honorários advocatícios recursais pela parte Autora, este não merece prosperar, uma vez que a Sentença foi proferida em maio de 2014, quando o Código de Processo Civil de 1973 ainda era vigente, não havendo previsão para tal pedido.

Diante de todos os fundamentos expostos, **DESPROVEJO AS APELAÇÕES, mantendo a Sentença em todos os seus termos.**

É o voto.

Presidiu a sessão a Excelentíssima Desembargadora Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti. Participaram do julgamento, além do Relator, o Excelentíssimo Doutor **Onaldo Rocha de Queiroga** (Juiz convocado para substituir o Excelentíssimo Desembargador Leandro dos Santos), a Excelentíssima Desembargadora **Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti** e o Excelentíssimo Desembargador **José Ricardo Porto**.

Presente à sessão o representante do Ministério Público, Doutor Amadeus Lopes Ferreira, Procurador de Justiça.

Sala de Sessões da Primeira Câmara Cível “Desembargador Mário Moacyr Porto” do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em João Pessoa, 17 de julho de 2018.

Juiz convocado ONALDO ROCHA DE QUEIROGA
Relator

