



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GAB. DO DES. JOSÉ RICARDO PORTO

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0006610-50.2013.815. – Capital

RELATOR :Des. José Ricardo Porto

APELANTE :Francisco Roberto da Silva

ADVOGADO :Hermann Cesar de Castro Pacífico, OAB/PB Nº 6.072

APELADO :GEAP – Autogestão em Saúde

ADVOGADO :Nelson Wilians Fratoni Rodrigues, OAB/PB Nº 128.341-A

APELAÇÃO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. IMPROCEDÊNCIA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. REALIZAÇÃO POR MÉDICO NÃO CREDENCIADO. INEXISTÊNCIA DE RECUSA DA COOPERATIVA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA NÃO COMPROVADA. REEMBOLSO INTEGRAL DOS VALORES UTILIZADOS PARA CUSTEAR OS HONORÁRIOS MÉDICOS. DESCABIMENTO. PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS COOPERADOS DISPONÍVEIS. RESSARCIMENTO LIMITADO À TABELA DO PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE ATO ILÍCITO. DEVER DE INDENIZAR. NÃO OCORRÊNCIA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO APELATÓRIO.

- O reembolso de despesas utilizadas para custear despesas do procedimento cirúrgico realizada por médico não credenciado escolhido livremente pelo paciente deve observar a tabela estabelecida pelo plano de saúde, sendo indevida a pretensão de restituição integral desses gastos.

- Nos termos do art. 186 c/c art. 927 do Código Civil, o reconhecimento do dever de indenizar exige a presença simultânea dos pressupostos da responsabilidade civil, a saber, o ato ilícito, decorrente da conduta (comissiva ou omissiva) dolosa ou culposa do agente, o dano e o nexo causal entre a conduta e o dano existente.

- Descabida a pretensão de indenização por danos morais quando não configurada a conduta ilícita do agente.

VISTOS, relatados e discutidos os autos acima referenciados.

ACORDA a Primeira Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba, à **unanimidade de votos**, **NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO**.

RELATÓRIO

Francisco Roberto da Silva, devidamente qualificado nos autos, moveu “**Ação de Indenização por Danos Morais e Materiais**” contra a **GEAP – Autogestão em saúde**, igualmente identificada, objetivando o ressarcimento da quantia de R\$ 8.458,00 (oito mil, quatrocentos e cinquenta e oito reais), desembolsados com o custeio da cirurgia ocular (catarata com implante intraocular) realizada por médico não credenciado pelo plano de saúde, bem como a indenização por danos extrapatrimoniais.

Com o advento da sentença (fls. 141/146), a juíza *a quo* decidiu pela improcedência da ação, nos termos do art. 487, I, do NCPC.

Às fls. 148/154, o demandante apelou, argumentando, em síntese, que não foi aplicada corretamente as normas consumeristas ao caso, haja vista a falta de vulnerabilidade e hipossuficiência do consumidor passível de proteção em nosso ordenamento jurídico.

Continuando, sustenta que a referida cirurgia tem caráter de urgência, sendo, portanto, abarcada pela Lei nº 9.656/98.

Defende, ademais, a existência de comportamento ilícito capaz de resultar prejuízo de ordem moral ao promovente, pugnando pela condenação da operadora ao ressarcimento dos prejuízos extrapatrimoniais, bem como o reembolso integral do valor despendido com a intervenção cirúrgica.

Ao final, requereu o provimento do recurso, no sentido de que sejam julgados procedentes os pedidos formulados na exordial.

Contrarrazões apresentadas e encartadas às fls. 157/166.

Instada a manifestar-se, a Procuradoria de Justiça emitiu parecer (fls. 327/333), opinando pelo provimento do recurso apelatório.

É o relatório.

VOTO

O cerne da questão reside em verificar se **Francisco Roberto da Silva** tem o direito ao reembolso do valor integral de R\$ 8.458,00 (oito mil, quatrocentos e cinquenta e oito reais), valor referente ao custeio da cirurgia ocular (catarata com implante intraocular) realizada por médico não credenciado pelo plano de saúde, bem como a indenização por danos extrapatrimoniais.

Para justificar a pretensão de ressarcimento integral da quantia despendida, o apelante alega que, devido ao risco eminente de perda da visão, necessitou realizar a intervenção cirúrgica com urgência.

Analisando detidamente o caderno processual, verifico que a tese do recorrente não merece prosperar, haja vista que o presente caso não se trata de negativa de cobertura de procedimento cirúrgico ou da impossibilidade de utilização dos serviços contratados, mas sim, da negativa de reembolso integral do plano de saúde da quantia utilizada pelo paciente para custear os honorários de médico não credenciado, bem como demais despesas inerentes a cirurgia.

Com relação ao reembolso de despesas médicas, o inciso IV, do art. 12, da Lei nº 9.656/98 enuncia o seguinte:

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:

(...);

IV - 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; - destaqueei.

O caso dos autos, contudo, como se percebe das alegações iniciais e da documentação acostada ao processo, não se amolda às hipóteses descritas acima, pois não resta provado que o quadro clínico do autor se enquadrava como urgência ou emergência, havia disponibilidade de médico especializado credenciado ao plano de saúde, não ocorreu a negativa de cobertura do procedimento cirúrgico ou impossibilidade de utilizar os serviços contratados e, ainda, constata-se que a recusa se referiu apenas ao custeio da integralidade dos honorários cobrados pelo médico não credenciado e demais despesas do procedimento.

Importante registrar que o autor, ora recorrente, mesmo ciente da existência de médicos credenciados e das limitações contratuais, optou por médico especialista de sua confiança.

Ocorre que o ressarcimento de despesas médicas em casos dessa natureza deve observar a tabela estabelecida pelo plano de saúde e não o montante acordado entre o médico não cooperado e o paciente.

Nesse sentido colaciono recentes precedentes desta Corte de Justiça:

APELAÇÃO. AÇÃO DE RESSARCIMENTO DE DANOS C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. IMPROCEDÊNCIA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. REALIZAÇÃO POR MÉDICO NÃO CREDENCIADO. INEXISTÊNCIA DE RECUSA DA COOPERATIVA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA NÃO COMPROVADA. REEMBOLSO INTEGRAL DOS VALORES UTILIZADOS PARA CUSTEAR OS HONORÁRIOS MÉDICOS. DESCABIMENTO. PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS COOPERADOS DISPONÍVEIS. REEMBOLSO LIMITADO À TABELA DO PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE ATO ILÍCITO. DEVER DE INDENIZAR. NÃO OCORRÊNCIA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO. *O reembolso de despesas utilizadas para custear honorários de médico não credenciado escolhido livremente pela paciente deve observar a tabela estabelecida pelo plano de saúde, sendo indevida a pretensão de restituição integral desses gastos. Nos termos do art. 186 c/c art. 927 do Código Civil, o reconhecimento do dever de indenizar exige a presença simultânea dos pressupostos da responsabilidade civil, a saber, o ato ilícito, decorrente da conduta (comissiva ou omissiva) dolosa ou culposa do agente, o dano e o nexo causal entre a conduta e o dano existente. Descabida a pretensão de indenização por danos morais quando não configurada a conduta ilícita do agente. (TJPB; APL 0055528-51.2014.815.2001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho; DJPB 16/03/2018; Pág. 12) Grifo nosso*

APELAÇÃO E RECURSO ADESIVO. PLANO DE SAÚDE. PEDIDO DE REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. PRELIMINAR. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. PRETENSÃO RESISTIDA JUDICIALMENTE. REJEIÇÃO. MÉRITO. CIRURGIA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER. REALIZAÇÃO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. POSSIBILIDADE APENAS QUANDO INDISPONÍVEL SERVIÇO NA REDE INTEGRANTE DO PLANO OU EM CASOS DE COMPROVADA URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO NESTE SENTIDO. CONDENAÇÃO LIMITADA PELO VALOR DA TABELA DO PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO. JUROS DE MORA. FIXAÇÃO PELA SELIC. TERMO INICIAL A PARTIR DA CITAÇÃO. REJEIÇÃO DA PRELIMINAR E PROVIMENTO PARCIAL DA APELAÇÃO E DESPROVIMENTO DO RECURSO ADESIVO. *Embora não haja demonstração cabal do pedido administrativo e da negativa correspondente, o fato é que a parte recorrente ofereceu e continua a oferecer, ainda que em juízo, resistência à pretensão, inclusive recorrendo contra a sentença que estabeleceu o pagamento com base na sua tabela de preços. Assim, o fato de não existir o requerimento administrativo não obsta a pretensão judicial, eis que a resistência oferecida é suficiente para configurar o interesse de agir. No que toca aos juros de mora, importante consignar que tratando-se de relação contratual, deve-se observar o que dispõem os arts. 405 e 406, do CC. “Firmou-se o entendimento de que os procedimentos cirúrgicos em hospitais e/ou por*

*médicos não integrantes do contrato de saúde somente são de responsabilidade do plano de saúde em casos especiais, como, por exemplo, quando inexistente estabelecimento adequado no local ou quando o hospital conveniado ao plano de saúde se recusa a aceitar o paciente, ou, ainda, diante da emergência da internação”.1 Não configuradas nenhuma dessas situações, o reembolso deve se dar somente com base na tabela do plano de saúde. (TJPB; APL 0002987-65.2012.815.0011; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. João Alves da Silva; DJPB 16/03/2018; Pág. 10) **Grifo nosso***

APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS. INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. REALIZAÇÃO EM NOSOCÔMIO NÃO CREDENCIADO. AUSÊNCIA DE PRÉVIO REQUERIMENTO E, POR CONSEQUENTE, RECUSA INDEVIDA. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NÃO CONFIGURADAS, IN CASU. EXISTÊNCIA DE OUTROS HOSPITAIS CONVENIADOS. TRATAMENTO QUE SOMENTE PODERIA SER REALIZADO NO NOSOCÔMIO ESCOLHIDO. NÃO COMPROVAÇÃO. SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS NÃO CONFIGURADAS. COBERTURA QUE DEVE SE LIMITAR AOS VALORES QUE SERIAM DESPENDIDOS CASO O PROCEDIMENTO FOSSE REALIZADO EM HOSPITAL CREDENCIADO E NOS TERMOS DO CONTRATO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO PROVIDO EM PARTE. - Somente se admite o reembolso de despesas relativas a tratamento médico realizado em hospital não credenciado ao plano de saúde diante de hipóteses excepcionais, como inexistência de estabelecimento credenciado no local, recusa do hospital conveniado de receber o paciente ou urgência/emergência da internação, o que não é o caso. - Não obstante a gravidade do problema do autor, ora apelado, não se pode desconsiderar que houve tempo suficiente, entre a primeira consulta e a internação para realização da cirurgia de que necessitava, para que fosse requisitada autorização à recorrente, o que não foi feito. - Não pode a Unimed ser obrigada ao ressarcimento do total dos valores despendidos pelo autor em razão de tratamento médico quando nem ao menos lhe foi requisitada prévia autorização para a realização dos procedimentos a que foi submetida em nosocômio a ela não credenciado. - Considerando a justa expectativa do segurado/autor de, tendo contribuído por mais de 10 (dez) anos com o plano de saúde, no momento da necessidade de sua utilização em razão da grave enfermidade que a acometeu, obter o custeio do tratamento necessário ao restabelecimento de sua saúde, deve o plano de saúde cobrir os valores que seriam despendidos acaso o procedimento fosse realizado no hospital conveniado e nos termos do plano contratado. (TJPB; AC nº 0010949-4262012681560011, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator Desembargador João Alves da Silva, julgamento em 17/03/2016). **Grifo nosso**

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE. INCIDÊNCIA DAS NORMAS CONSUMERISTAS. DESPESAS MÉDICAS POR PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADOS. REEMBOLSO COM BASE NA TABELA. EXAMES E PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS. CLÁUSULA LIMITATIVA ABUSIVA. RESSARCIMEN-

*TO DE ACORDO COM A TABELA. HOSPEDAGEM DE ACOMPANHANTE. PACIENTE IDOSO. APLICAÇÃO DO ESTATUTO. PREVISÃO NO CONTRATO COM LIMITES DE VALOR E DIÁRIAS. ABUSIVIDADE. RESTITUIÇÃO INTEGRAL. MONTANTE RAZOÁVEL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MINORAÇÃO. DESCABIMENTO. REFORMA PARCIAL DA SENTENÇA. PROVIMENTO EM PARTE DO RECURSO. Faz-se mister 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. **No caso de atendimento por médico e profissionais da saúde não credenciados ao plano de saúde, bem como de realização de exames e procedimentos na mesma condição, cabível o reembolso das despesas com base na tabela do plano de saúde, e não pelo montante integral.** (...). (TJPB; Apelação nº 0002923-65.2013.815.2001, 2ª Câmara Cível do TJPB, Rel. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho. DJe 08.09.2015) - destaquei.*

Nessa senda, a limitação imposta no contrato de plano de saúde em questão, referente ao **reembolso de despesas para realização de cirurgia com médicos não credenciados, diz respeito apenas aos casos de urgência e emergência e nas condições estabelecidas na avença**, não se mostrando abusiva, tampouco coloca o usuário em desvantagem exagerada ou contraria a boa-fé contratual, não atraindo, portanto, a aplicação do art. 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor.

Com efeito, a referida cláusula restritiva de direito, escrita em letras garrafais e com redação de fácil compreensão, atende as exigências do § 4º do art. 54 da legislação protetiva, de seguinte teor: **“As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão”**.

Com relação ao dever de indenizar, sabe-se que, nos termos do art. 186 c/c art. 927, do Código Civil, o seu reconhecimento exige a presença simultânea dos pressupostos da responsabilidade civil, a saber, o ato ilícito, decorrente da conduta (comissiva ou omissiva) dolosa ou culposa do agente, o dano e o nexo causal entre a conduta e o dano existente, sendo certo que a ausência de qualquer desses elementos afasta o dever de indenizar.

Sendo assim, diante da não configuração de conduta ilícita da promovida, que procedeu em conformidade com o inciso IV, do art. 12, da Lei nº 9.656/98 e com os termos do plano de saúde contratado, agiu com acerto a Juíza *a quo* ao considerar indevido o pedido de indenização por danos morais.

Desse modo, tenho que não merece prosperar a tese esposada na presente peça adesiva.

Ante o exposto, **DESPROVEJO O RECURSO APELATÓRIO**, para manter a sentença em todos os seus termos.

É como voto.

Presidiu a sessão a Exm^a. Des^a. Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti. Participaram do julgamento, além do relator, o Exmo. Des. José Ricardo Porto, Dr. Onaldo Rocha de Queiroga, juiz convocado em substituição ao Exm^o. Des. Leandro dos Santos e a Exm^a. Des^a. Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti.

Presente à sessão o representante do Ministério Público, Dr. Herbert Douglas Targino, 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, 05 de junho de 2018.

Des. José Ricardo Porto
RELATOR

J/06 - R-J/16