



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
**GAB. DES. ROMERO MARCELO DA FONSECA OLIVEIRA**

**ACÓRDÃO**

**APELAÇÃO CÍVEL N.º 0032509-50.2013.815.2001.**

ORIGEM: 12ª Vara Cível da Comarca desta Capital.

RELATOR: Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira.

APELANTE: Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico.

ADVOGADOS: Hermano Gadelha de Sá (OAB/PB n.º 8.463) e Leidson Flamarion Torres Matos (OAB/PB n.º 13.040).

APELADO: Evanise de Fátima Queiroga Câmara.

ADVOGADOS: Juliana Freitas de Carvalho Lacerda (OAB/PB n.º 13.371) e Carla Constância Freitas de Carvalho (OAB/PE n.º 28.022).

**EMENTA: OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA CONTRATUAL. EXCLUSÃO DA COBERTURA DO CUSTEIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PRESCRITO PELO MÉDICO QUE ACOMPANHA O PACIENTE. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. APELAÇÃO. PACIENTE QUE OBJETIVA TRATAMENTO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO AO PLANO CONTRATADO. PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA ATESTADO PELO MÉDICO. POSSIBILIDADE, DESDE QUE COMPROVADA A IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO EM NOSOCÔMIO CREDENCIADO. INTELIGÊNCIA DO ART. 12, VI, DA LEI Nº 9.656/1998. PREVISÃO EM CLÁUSULA CONTRATUAL RESTRITIVA, QUE NÃO SE AFIGURA ABUSIVA. PRECEDENTES DO STJ. ESCOLHA DO CONSUMIDOR DETERMINADA EXCLUSIVAMENTE POR SEU JUÍZO DE CONVENIÊNCIA. PLENA CIÊNCIA DE QUE O TRATAMENTO PODERIA SER REALIZADO NA REDE CREDENCIADA DA OPERADORA. INEXISTÊNCIA DA PRETENDIDA OBRIGAÇÃO DE CUSTEIO. DANO MORAL INOCORRENTE. PROVIMENTO DO APELO. REFORMA DA SENTENÇA. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO.**

1. “A estipulação contratual que vincula a cobertura contratada aos médicos e hospitais de sua rede ou conveniados é inerente a esta espécie contratual e, como tal, não encerra, em si, qualquer abusividade” (STJ, REsp 1286133/MG, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 05/04/2016, DJe 11/04/2016).

2. Nos termos do art. 12, VI, da Lei federal n.º 9.656/98, a operadora de plano de saúde se obriga ao reembolso de despesas médico-hospitalares custeadas pelo consumidor tão somente nas hipóteses de urgência ou emergência ou quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados.

3. O usuário do plano de saúde que, plenamente ciente da existência de rede credenciada capaz de fornecer o tratamento necessário, decide, segundo um juízo pessoal de conveniência, submeter-se a procedimentos eletivos em hospital não credenciado, situado em outro ente federado, não possui direito ao custeio dentro da cobertura do referido plano.

**VISTO**, relatado e discutido o presente procedimento referente à Apelação Cível n.º 0032509-50.2013.815.2001, em que figuram como Apelante a Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico e como Apelada Evanise de Fátima

Queiroga Câmara.

**ACORDAM** os eminentes Desembargadores integrantes da colenda Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, à unanimidade, acompanhando o voto do Relator, em **conhecer da Apelação e dar-lhe provimento parcial.**

## **VOTO.**

A **Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico** interpôs **Apelação** contra a Sentença proferida pelo Juízo da 12ª Vara Cível da Comarca desta Capital, f. 188/194, nos autos da Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenização por Danos Morais ajuizada por **Evanise de Fátima Queiroga Câmara** em seu desfavor e da **Unimed Recife – Cooperativa de Trabalho Médico**, que julgou procedente o pedido, confirmando a tutela antecipada no sentido de determinar a realização do procedimento cirúrgico solicitado pelo médico que acompanha a Apelada, e condenou as Promovidas, solidariamente, ao pagamento de indenização por danos morais arbitrada em R\$ 10.000,00, bem como das custas processuais e honorários advocatícios fixados no percentual de 20% sobre o montante condenatório.

Em suas razões, f. 196/208, afirmou que a intervenção cirúrgica prescrita para a Apelada jamais foi negada, tendo lhe sido informado que o procedimento deveria ser realizado em algum dos hospitais da rede credenciada em todo o país, nos termos do contrato firmado entre elas.

Sustentou que, consoante cláusula contratual, os serviços prestados por profissionais médicos e em estabelecimentos não conveniados estão excluídos da cobertura assegurada, argumentando que, havendo cobertura para o tratamento mas não nas condições solicitadas, o Plano de Saúde não está obrigado a custeá-lo, sobretudo quando não demonstrado o caráter emergencial do procedimento, tampouco a impossibilidade de sua realização em um dos nosocômios credenciados.

Defendeu a inexistência de ato ilícito de sua parte, alegando que a recusa foi devidamente fundamentada e, por esse motivo, não há elementos ensejadores de sua responsabilidade indenizatória, pugnando, ao final, pelo provimento do Apelo e a reforma da Sentença, para que o pedido seja julgado improcedente ou, subsidiariamente, para que o *quantum* indenizatório seja reduzido.

Contrarrazoando, f. 213/228, a Apelada argumentou que restringir a cobertura apenas aos médicos credenciados é conduta ofensiva ao Código de Defesa do Consumidor e à Lei n.º 9.656/1998, requerendo, ao final, o desprovimento do Apelo.

A Procuradoria de Justiça emitiu Parecer, f. 237/241, opinando pelo desprovimento do Recurso, ao argumento de que a recusa da Apelante em custear o tratamento da Apelada, imprescindível para a manutenção de sua saúde, fere o princípio da dignidade humana.

### **É o Relatório.**

A Apelação é tempestiva e o preparo foi recolhido, f. 209, pelo que, presentes os requisitos de admissibilidade, **dela conheço.**

A Autora, ora Apelada, é portadora de Fístula Arteriovenosa Osteo-Dural Supra Orbitária Esquerda e vem realizando tratamento de embolização, necessitando, por prescrição médica, submeter-se com relativa urgência a um novo estudo angiográfico, de

modo a se verificar se há outros comprometimentos patológicos e, a partir de então, realizar nova sessão de embolização, com risco de sequelas neurológicas ou óbito em caso de interrupção do tratamento, consoante atestado pelo Dr. Carlos Abath (CRM nº 8.223), médico que a acompanha, f. 70/71.

A Unimed João Pessoa, ora Apelante, indeferiu o requerimento de custeio do referido procedimento, ao fundamento de que o Hospital Santa Joana, localizado em Recife-PE, estabelecimento hospitalar onde a Apelada objetivava realizar o tratamento, não é conveniado do plano de saúde por ela contratado.

O contrato de plano de saúde, em regra, pode restringir a cobertura contratada aos médicos e hospitais que integram sua rede própria ou conveniada, salvo quanto a situações de urgência ou emergência, em que não for possível a utilização dos serviços com aquelas restrições, devendo, nesses casos, ressarcir o consumidor pelas despesas efetuadas com outros profissionais ou hospitais.

Eis o disposto no art. 12, VI, da Lei n.º 9.656/1998, *in verbis*:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º 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 § 1.º do art. 1.º 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;

A operadora do plano de saúde deve reembolsar o usuário pelas despesas com tratamento realizado em situação de urgência ou emergência por médico ou hospital não credenciado, limitando-se o reembolso, no mínimo, ao valor da tabela de preços de serviços médicos e hospitalares adotada como referência.

É esse o atual entendimento do STJ:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DESTINADA À OBTENÇÃO DE REEMBOLSO PELAS DESPESAS MÉDICAS EXPENDIDAS EM HOSPITAL E EQUIPE MÉDICA NÃO CREDENCIADOS/CONVENIADOS, EM VIRTUDE DE ACIDENTE AÉREO. 1. TRATAMENTO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA. DEVER LEGAL DE REEMBOLSO, LIMITADO, NO MÍNIMO, AOS PREÇOS DO PRODUTO CONTRATADO À ÉPOCA DO EVENTO. DEVER LEGAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/98. HOSPITAL DE ALTO CUSTO. IRRELEVÂNCIA. PROSSEGUIMENTO DO TRATAMENTO MÉDICO, APÓS ALTA HOSPITALAR E CESSAÇÃO DA SITUAÇÃO EMERGENCIAL, NO HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. COBERTURA. EXCLUSÃO. 2. [...] 1. O contrato de plano de assistência à saúde, por definição, tem por objeto propiciar, mediante o pagamento de um preço, a cobertura de custos de tratamento médico e atendimentos médico, hospitalar e laboratorial perante profissionais e rede de hospitais e laboratórios próprios ou credenciados. **A estipulação contratual que vincula a cobertura contratada aos médicos e hospitais de sua rede ou conveniados é inerente a esta espécie contratual e, como tal, não encerra, em si, qualquer abusividade**. Aliás, o sinalagma deste contrato está justamente no rol de diferentes níveis de qualificação de profissionais, hospitais e laboratórios próprios ou credenciados postos à disposição do consumidor, devidamente especificados no contrato, o qual será determinante para definir o valor

da contraprestação a ser assumida pelo aderente. Por consectário, quanto maior a quantidade de profissionais e hospitais renomados, maior será a prestação periódica expendida pelo consumidor, decorrência lógica, ressalta-se, dos contratos bilaterais sinalagmáticos. 1.1 Excepcionalmente, 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. 1.2 **Afigura-se absolutamente eivada de nulidade a disposição contratual que excepciona o dever de reembolsar, mesmo nos casos de urgência ou de emergência, as despesas médicas efetuadas em hospital de tabela própria (compreendido como de alto custo). A lei de regência não restringe o reembolso nessas condições (de urgência ou emergência), levando-se em conta o padrão do hospital em que o atendimento/tratamento fora efetuado, até porque, como visto, a responsabilidade é limitada, em princípio, justamente aos preços praticados pelo produto contratado.** [...] 1.4 O tratamento médico percebido pelos demandantes no Hospital de alto custo, com renomada e especializada equipe médica, após a alta hospitalar e, portanto, quando não mais presente a situação de emergência ou de urgência do atendimento/tratamento, ainda que indiscutivelmente importante e necessário a sua recuperação, não se encontrava, nos termos legitimamente ajustados, coberto pelo plano de assistência à saúde em comento. Improcede, por conseguinte, a pretensão de ressarcimento da totalidade das despesas expendidas. [...] (STJ, REsp 1286133/MG, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 05/04/2016, DJe 11/04/2016).

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO (ARTIGO 544 DO CPC) – AÇÃO POSTULANDO COBERTURA FINANCEIRA A TRATAMENTO MÉDICO REALIZADO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO DO PLANO DE SAÚDE – DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO PROVIMENTO AO RECLAMO, MANTIDA A INADMISSÃO DO RECURSO ESPECIAL. INSURGÊNCIA DO CONSUMIDOR. 1. [...] 2. **Reembolso de despesas efetuadas por usuário do plano de saúde com internação em hospital não conveniado. Artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98. Ressarcimento admitido apenas em casos excepcionais: situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, entre outros.** [...] (STJ, AgRg no AREsp 725.251/RS, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 03/12/2015, DJe 11/12/2015).

Perceba-se que o dever do plano de saúde de ressarcir o usuário pelos custos do tratamento realizado com médico e/ou em hospital não credenciados perdura até o momento em que cessar a situação de urgência e emergência.

Não se amolda a qualquer dos permissivos legais a hipótese em que o usuário do plano de saúde, plenamente ciente da existência de rede credenciada capaz de fornecer o tratamento necessário, decide, segundo um juízo pessoal de conveniência, submeter-se a procedimentos eletivos em hospital não credenciado, situado em outro estado federado.

O contrato de plano de saúde em questão, f. 146/162, foi celebrado pelas partes em conformidade com o disposto no art. 12, VI, da Lei n.º 9.656/1998 e com o atual entendimento do STJ, segundo se infere das seguintes cláusulas:

Cláusula 04 – Exclusões de Cobertura [...]

Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato; [...]

Do Reembolso

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

*In casu*, conquanto a Apelada tenha comprovado a urgência na manutenção do procedimento prescrito por seu médico, a Apelante logrou êxito em demonstrar a existência de profissionais e clínicas credenciadas nesta Capital para tratamento do mal a que a paciente está acometida, f. 163/166.

Considerando que não há nos autos provas de que a Unimed João Pessoa tenha se negado a custear a realização do procedimento pleiteado em algum dos estabelecimentos credenciados ao plano, não há que se falar em ilicitude de sua conduta, inexistindo, outrossim, dever de indenizar a Apelada pelos alegados danos extrapatrimoniais.

A Apelada, portanto, não tem direito ao custeio das despesas necessárias ao tratamento com médico e em hospital não credenciados por seu plano de saúde, sendo impositiva, por essa razão, a improcedência do pedido.

Posto isso, **conhecida a Apelação, dou-lhe provimento para, reformando a Sentença, julgar improcedente o pedido e, invertendo o ônus sucumbencial, condenar a Autora ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios que arbitro em R\$ 1.000,00 (CPC/2015, art. 85, § 8<sup>o</sup>), com exigibilidade suspensa, por ser beneficiária da Gratuidade de Justiça (CPC/2015, art. 98, § 3<sup>o</sup>).**

**É o voto.**

Presidi o julgamento realizado na Sessão Ordinária desta Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, no dia 09 de agosto de 2016, conforme Certidão de julgamento, dele também participando, além deste Relator, o Dr. Gustavo Leite Urquiza (Juiz convocado com jurisdição plena para substituir o Exmo. Des. Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho) e o Exmo. Des. João Alves da Silva. Presente à sessão o Exmo. Dr. José Raimundo de Lima, Procurador de Justiça.

Gabinete no TJ/PB em João Pessoa,

**Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira**  
Relator

<sup>1</sup> Art. 85. [...] §8º. Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do §2º.

<sup>2</sup> §3º. Vencido o beneficiário, as obrigações decorrentes de sua sucumbência ficarão sob condição suspensiva de exigibilidade e somente poderão ser executadas se, nos 5 (cinco) anos subsequentes ao trânsito em julgado da decisão que as certificou, o credor demonstrar que deixou de existir a situação de insuficiência de recursos que justificou a concessão de gratuidade, extinguido-se, passado esse prazo, tais obrigações do beneficiário.