



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

GABINETE DO DESEMBARGADOR JOÃO ALVES DA SILVA

ACÓRDÃO

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO N. 0002865-62.2013.815.2001

ORIGEM: Juízo da 2ª Vara Cível da Comarca da Capital

RELATOR: Desembargador João Alves da Silva

EMBARGANTE: Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico (Adv. Hermano Gadelha de Sá – OAB/PB 8.463)

EMBARGADA: Rozania Toscano Luna Pereira (Adv. Juliana Regis Araújo Coutinho - OAB/PB 12.799)

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. DOIS PONTOS SUPOSTAMENTE OMISSOS. VÍCIO CONFIGURADO APENAS EM PARTE. NECESSIDADE DE MANIFESTAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. REALIZAÇÃO DE CIRURGIA EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. AUSÊNCIA DE PROVAS DE NOSOCÔMIO DA REDE CREDENCIADA APTO A REALIZAR O PROCEDIMENTO. RESSARCIMENTO LIMITADO À TABELA PRATICADA PELO PLANO DE SAÚDE. INTELIGÊNCIA DO ART. 12, VI, DA LEI Nº 9.656/98. ACOLHIMENTO EM PARTE DOS EMBARGOS, COM EFEITOS INFRINGENTES.

Tendo havido omissão quanto a um dos pontos suscitados pelo recorrente, necessário o acolhimento parcial dos embargos para integrar o julgado.

“O reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas por médicos e hospitais não conveniados ao plano é previsto na Lei 9.656/98 em casos excepcionais e de urgência/emergência. - O plano de saúde deve reembolsar os valores limitando-se àqueles pagos à sua rede conveniada para o referido tratamento, posto que não há como obrigar o pagamento do valor integral, pois o segurado não pode simplesmente realizar o tratamento particular e depois postular o reembolso judicialmente do valor total das despesas médicas, quebrando o equilíbrio econômico-financeiro do contrato”. (TJPB - AC Nº 01028174820128152001, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos, j. em 10-05-2016)

VISTOS, relatados e discutidos estes autos, em que figuram como partes as acima nominadas.

ACORDA a 4ª Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, à unanimidade, acolher em parte os embargos de declaração para prover parcialmente à apelação, nos termos do voto do relator, integrando a decisão a súmula de julgamento de fl. 299.

Relatório

Trata-se de embargos de declaração opostos contra acórdão que negou provimento às apelações interpostas por ambos os litigantes.

Na decisão recorrida, firmou-se o entendimento de que a ausência de provas de que possui nosocômio apto a realizar o procedimento necessário ao tratamento de saúde da embargada autoriza, excepcionalmente, a realização em outro hospital estranho à rede credenciada.

Inconformada, recorre a Unimed João Pessoa aduzindo haver omissão no julgado, eis que não se pronunciou sobre a ausência de obrigatoriedade legal ou contratual de garantir que sua rede de atendimento disponha de hospitais com os padrões técnicos iguais aos de alto custo, como é o caso do Real Hospital Português.

Afirma, ainda, que há omissão quanto ao disposto no art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, bem assim quanto ao fato de que foi liberado o procedimento, que, se autorizado, é porque possuía condições de realização em sua rede de hospitais.

Para além disso, garante que somente poderia ser compelido a custear as despesas até o limite dos valores previstos em sua tabela de serviços (art. 12, VI). Ao final, pede que a Corte enfrente as questões ventiladas, aplicando-se o que dispõe o dispositivo citado.

Em sede de contrarrazões, a embargada alega não existir omissão no julgado, eis que todas as matérias impugnadas teriam sido objeto de apreciação no julgado.

É o relatório.

VOTO

Examinando as alegações do recorrente, penso que o inconformismo merece acolhida, mas apenas em parte. Com efeito, embora o recorrente alegue haver várias omissões na decisão recorrida, apenas uma efetivamente existe, referindo-se ao exame da limitação do reembolso.

Quanto à alegação de que não está obrigada, contratualmente ou

legalmente, a manter o mesmo padrão de atendimento dos hospitais de alto custo, o que se quis dizer na decisão é que a falta de provas de que estava apta a realizar o procedimento em condições técnicas satisfatórias, mostrando que outros procedimentos semelhantes ou assemelhados foram concretizados em sua rede, findou por fazer recair sobre a embargante a obrigação excepcional de custear a cirurgia para remoção de um tumor no pulmão em outro não conveniado.

Pecou a recorrente ao não demonstrar que as condições ofertadas pela sua rede credenciada, embora não alcancem o padrão do Real Hospital Português, está apta a realizar a cirurgia com segurança e técnica adequadas. Assim, penso que na ausência de prova neste sentido, outra não poderia ser a providência senão determinar que a embargante custeasse a cirurgia em hospital não credenciado, conforme autoriza o art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, que verbera:

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: [...]

VI - 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;

De outro lado, quanto ao exame da questão relativa ao reembolso dos valores pagos pela cirurgia, houve, efetivamente, omissão no julgado, que passo a sanar a partir de então.

A teor do que disciplina o inciso VI do art. 12, nos casos em que for admitido o reembolso, este deverá ocorrer “[...] **de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto [...]**”. A regra busca evitar o desequilíbrio contratual, autorizando o plano de saúde a somente desembolsar o valor correspondente aos serviços constantes da tabela por ela adotada. Evidentemente, se para a cirurgia ou procedimento fora necessário a realização de qualquer despesa não prevista na tabela, mas necessária ao tratamento de saúde, o plano de saúde deverá arcar com o valor despendido pelo consumidor. No mesmo sentido, esta Corte de Justiça já teve oportunidade de se manifestar:

“APELAÇÃO CÍVEL. 1) PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. POSSIBILIDADE EM CASO DE SITUAÇÕES EXCEPCIONALÍSSIMAS. POSICIONAMENTO DO STJ. SITUAÇÃO FÁTICA QUE PREENCHE OS REQUISITOS JURISPRUDENCIAIS TRAÇADOS. 2) REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. RESSARCIMENTO QUE DEVE-SE LIMITAR À TABELA PRATICADA PELO RESPECTIVO PLANO. SÓLIDA CONVICÇÃO JURISPRUDENCIAL. 3) RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. O reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado e por profissional não credenciado, é admitido em casos especiais (inexistência de estabelecimento credenciado no local, recusa do hospital conveniado de receber o paciente, urgência da internação etc). (STJ, AgRg no REsp 917.668/SC, Rel. Ministro VASCO DELLA GIUSTINA (Desembargador Convocado do TJ/RS), TERCEIRA TURMA, julgado em 01/09/2009, DJe 17/09/2009). 2. Os procedimentos realizados em hospital não credenciado ao plano de saúde contratado, mesmo que em caráter emergencial, limita o reembolso das despesas aos valores previstos na tabela daquele. [...] (TJ-MG - EI: 10024075887232002 MG, Relator: José de Carvalho Barbosa, Data de Julgamento: 28/02/2013, Câmaras Cíveis Isoladas / 13ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 06/03/2013) 3. Apelação parcialmente provida, para limitar-se o reembolso ao valor da tabela praticada pelo plano de saúde”. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00002368220138150751, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator DESA MARIA DAS NEVES DO EGITO D FERREIRA , j. em 28-07-2016)

CONSTITUCIONAL E CONSUMIDOR - Apelação Cível - Ação ordinária c/c pedido de tutela antecipada - Plano de saúde - Paciente em estado grave como risco de morte - Plano nacional - Hospital e médico não credenciado - Situação de urgência/emergência - Cobertura de despesa - Obrigação de arcar com os custos da cirurgia no limite da tabela praticada - Provisamento parcial. - O reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas por médicos e hospitais não conveniados ao plano é previsto na Lei 9.656/98 em casos excepcionais e de urgência/emergência. - O plano de saúde deve reembolsar os valores limitando-se àqueles pagos à sua rede conveniada para o referido tratamento, posto que não há como obrigar o pagamento do valor integral, pois o segurado não pode simplesmente realizar o tratamento particular e depois postular o reembolso judicialmente do valor total das despesas médicas, quebrando o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. V I S T O S, relatados

e discutidos estes autos acima identificados, (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 01028174820128152001, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator DES ABRAHAM LINCOLN DA C RAMOS , j. em 10-05-2016)

Este colegiado, inclusive, enfrentou a temática aqui em discussão, ocasião em que decidiu que **“a operadora de plano de saúde deve reembolsar o segurado pelas despesas que pagou com tratamento médico realizado em situação de urgência ou emergência por médico e/ou hospital não credenciados, limitando-se o reembolso a, no mínimo, o valor da tabela de referência de preços por ela adotados. Inteligência do art. 12, VI, da Lei n.º 9.656/1998. Precedentes do Superior Tribunal de Justiça”**. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00095131420138150011, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES ROMERO MARCELO DA FONSECA OLIVEIRA , j. em 19-07-2016). No mesmo sentido, já decidiu o STJ:

CIVIL E PROCESSUAL. PLANO DE SAÚDE. DESPESAS. EMERGÊNCIA. REDE NÃO CONVENIADA. EMERGÊNCIA. POSSIBILIDADE. DESPROVIMENTO. I. "O reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado, pelo valor equivalente ao que seria cobrado por outro da rede, pode ser admitido em casos especiais (inexistência de estabelecimento credenciado no local, recusa do hospital conveniado de receber o paciente, urgência da internação etc.)" (RESP 267.530/SP, Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar, Quarta Turma, unânime, DJ: 12/03/2001). II. Concluindo as instâncias ordinárias pela emergência na situação, o reexame da questão esbarra no que diz o verbete n. 7, da Súmula desta Corte. III. Recurso Especial improvido. (STJ; REsp 809.685; Proc. 2006/0000467-5; MA; Quarta Turma; Rel. Min. Aldir Guimarães Passarinho Junior; Julg. 14/12/2010; DJE 17/12/2010).

Expostas estas considerações, acolho em parte os embargos de declaração, atribuindo-lhe efeitos modificativos, para dar provimento parcial à apelação da Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico, para que o ressarcimento das despesas médico-hospitalares se dê com base na tabela praticada pelo plano de saúde, a ser apurado em sede de liquidação de sentença. É como voto.

DECISÃO

A Câmara decidiu, à unanimidade, acolher em parte os embargos de declaração para prover parcialmente à apelação, nos termos do voto do relator.

Presidiu a sessão o Exmo. Des. Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho. Participaram do julgamento o Exmo. Des. João Alves da Silva (relator), o Exmo. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira e o Exmo. Des. Frederico Martinho da Nóbrega

Coutinho.

Presente representante do Ministério Público, na pessoa da Excelentíssima Dra. Jacilene Nicolau Faustino Gomes, Procuradora de Justiça.

Sala das Sessões da Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, em 14 de março de 2017 (data do julgamento).

João Pessoa, 15 de março de 2017.

Desembargador João Alves da Silva
Relator