



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
Gabinete do Desembargador
Marcos Cavalcanti de Albuquerque

Acórdão

Relator: Desembargador Marcos Cavalcanti de Albuquerque

Apelação Cível – nº. 0105904-12.2012.815.2001

Apelante: PROCARDIO – Instituto de Cardiologia da Paraíba LTDA – Hospital Memorial São Francisco – Adv.: Péricles Filgueiras de Athayde Filho (OAB/PB nº 12.479).

Apelado: João Bosco dos Santos – Adv.: Donato Henrique da Silva (OAB/PB nº 10.130).

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO MONITÓRIA. PERSECUÇÃO DE CRÉDITO DECORRENTE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES. DISCUSSÃO SOBRE A RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DEVIDAS AO NOSOCÔMIO. NEGATIVA DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. COBRANÇA DA OBRIGAÇÃO DIRETAMENTE AO PACIENTE. IMPOSSIBILIDADE. CONJUNTO PROBATÓRIO QUE EVIDENCIA QUE O PACIENTE FOI SUBMETIDO À INTERNAÇÃO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO POR MEIO DE DECISÃO JUDICIAL DETERMINANDO QUE O PLANO DE SAÚDE CUSTEASSE O TRATAMENTO MÉDICO. ATRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO A OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. ILEGITIMIDADE PASSIVA DO PACIENTE.
DESPROVIMENTO DA APELAÇÃO.

- Com o reconhecimento judicial da responsabilidade da operadora do plano de saúde em arcar com as despesas médico-hospitalares, incabível a cobrança do crédito diretamente ao paciente.

- O paciente, apesar de ser destinatário efetivo dos serviços médico-hospitalares ministrados, não

torna-se obrigado a concorrer para o custeio das despesas quando comprovada que houve autorização do plano de saúde para cobertura de tratamento médico, sendo deste a responsabilidade pela satisfação do débito.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos acima identificados.

Acordam os desembargadores da Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça, por unanimidade, em negar provimento ao apelo.

RELATÓRIO

Trata-se de Apelação Cível interposta por **PROCARDIO – Instituto de Cardiologia da Paraíba LTDA – Hospital Memorial São Francisco** hostilizando a sentença do Juízo de Direito da 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, proferida nos autos da Ação Monitória que lhe move **João Bosco dos Santos**.

A magistrada singular julgou extinto o processo sem resolução de mérito, por entender que a demanda foi ajuizada em face de quem não caberia arcar com as despesas médico-hospitalares indicadas na inicial, reconhecendo a ilegitimidade passiva *ad causam* do demandado. (fls. 99/99-v).

Inconformado, em suas razões de apelo (fls. 101/105), o ora recorrente sustenta que, diante da negativa da operadora do plano de saúde em custear o tratamento, procedeu com a internação do paciente como se particular fosse. Alega, ainda, que não tinha conhecimento da decisão judicial determinando que o plano de saúde autorizasse o procedimento cirúrgico. Sustenta, que o apelado deve ser responsabilizado pelo adimplemento do serviço que lhe foi prestado, sob pena de enriquecimento ilícito.

Por fim, pugna pelo provimento do recurso.

Intimado, o Apelado apresentou contrarrazões rebatendo as argumentações expendidas nas razões de apelação e requerendo o desprovimento do recurso. (fls. 109/111).

Processo n. 0105904-12.2012.815.2001

Instada a se pronunciar, a Procuradoria de Justiça opinou pelo desprovimento do recurso apelatório. (fls. 119/122).

É o relatório.

VOTO

No tocante ao tema central, cinge-se a controvérsia recursal no exame de quem é o legitimado para figurar no polo passivo da ação monitória, que tem por objeto a persecução de crédito decorrente da prestação de serviços médico-hospitalares, se a operadora de plano de saúde ou o paciente submetido a procedimento cirúrgico.

Pois bem.

Tratam os autos de ação monitória, por intermédio da qual se busca o pagamento de R\$ 4.098,32 (quatro mil e noventa e oito reais e trinta e dois centavos), relativos à internação hospitalar e tratamento médico-cirúrgico a que foi submetido o ora apelado.

A documentação acostada aos autos comprova a efetiva prestação de serviços médicos em instalações da recorrente (fls. 18/33), ao passo que também mostra que o paciente, ao tempo da internação, era beneficiário do plano de saúde CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil.

Verifica-se que, inicialmente, o atendimento do paciente foi feito na condição de segurado da CASSI (fl. 21 e 24), mas, posteriormente, o plano de saúde se negou a custear os procedimentos médicos.

Diante de tal circunstância, o ora apelado ingressou com uma ação judicial, na qual foi concedida antecipação de tutela determinando que o procedimento cirúrgico fosse realizado. Ao final, teve a sentença de procedência, com o reconhecimento do direito do paciente a cobertura dos procedimentos de emergência e urgência a cargo da operadora de plano de saúde e sua consequente responsabilidade pelo pagamento dos valores das despesas médico-hospitalares decorrentes da internação. A sentença foi mantida por este Tribunal de Justiça. (fls. 44/73 e 81/92).

Desse modo, verifica-se do histórico processual que, por força do vínculo contratual e também por meio de decisão judicial, o pagamento dos serviços de tratamento e atendimento médico-hospitalar que

foram prestados ao ora recorrido e, agora, lhe são cobrados na Ação Monitória, é de responsabilidade da CASSI – Caixa de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil S/A.

No caso dos autos, o hospital recorrente recebeu o paciente na qualidade de conveniado de plano de assistência à saúde (fl. 21 e 24), e, apesar de, num primeiro momento, haver a negativa do custeio por parte deste, posteriormente, por meio de decisão judicial, houve a autorização do procedimento cirúrgico pelo seguro saúde, conforme se constata dos documentos de fls. 46/47.

Ademais, na hipótese em apreciação, não existem elementos probatórios nos autos que evidenciem que o ora apelado garantiu o pagamento do serviço hospitalar, de maneira particular, assumindo diretamente a responsabilidade pelo pagamento da obrigação. Pelo contrário, o conjunto probatórios dos autos revela que ele ingressou no hospital na qualidade de beneficiário de seguro saúde, portanto, tendo a responsabilidade pelo pagamento de despesas médico-hospitalares sido atribuída à empresa de plano de saúde em anterior decisão judicial, é desta o dever de satisfazer o crédito reclamado na presente ação monitória.

Diante do exposto, **NEGO PROVIMENTO AO RECURSO APELATÓRIO**, a fim de manter incólume a sentença vergastada.

Deixo de majorar os honorários fixados na sentença, pois os mesmos já foram fixados em 20% (vinte por cento), sobre o valor da causa, sendo este o limite estabelecido nos §§ 2º e 3º do art. 85 do CPC/2015, para a fase de conhecimento.

É como voto.

Presidiu a sessão o Excelentíssimo Senhor Desembargador Marcos Cavalcanti de Albuquerque. Participaram do julgamento os Excelentíssimos Senhores Desembargadores Marcos Cavalcanti de Albuquerque – Relator, Eduardo José de Carvalho Soares (Juiz convocado para substituir a Excelentíssima Senhora Desembargadora Maria das Graças Morais Guedes) e Wolfram da Cunha Ramos (Juiz convocado para substituir o Excelentíssimo Senhor Desembargador Saulo Henriques de Sá e Benevides).

Processo n. 0105904-12.2012.815.2001

Presente ao julgamento o Excelentíssimo Senhor Doutor Marcus Vilar Souto Maior, Procurador de Justiça.

Sala de sessões da Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em João Pessoa, 31 de julho de 2018.

Desembargador **Marcos Cavalcanti de Albuquerque**
R e l a t o r