



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000315240

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1004308-92.2024.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelada ANA PAULA MOTA MELLO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento ao recurso. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente), GIFFONI FERREIRA E CORRÊA PATIÑO.

São Paulo, 31 de março de 2025.

ALVARO PASSOS

relator

Assinatura Eletrônica

Voto nº 49342/TJ – Rel. Alvaro Passos – 2ª Câm. de Direito Privado

Apelação cível nº 1004308-92.2024.8.26.0011 (proc. digital)

Apelante: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Apelada: ANA PAULA MOTA MELLO

Comarca: São Paulo – 34ª V. C.

Juiz(a) de 1º Grau: Adriana Sachsida Garcia

EMENTA

CONTRATO – Prestação de serviços – Plano de saúde – Autora que necessita submeter-se a cirurgia para refazimento de reconstrução mamária, decorrente de câncer de mama, realizada em hospital pertencente à rede credenciada – Reembolso das despesas médico-hospitalares em sua totalidade – Possibilidade – Exigência de comprovantes de pagamento – Abusividade – Inteligência do art. 4º, § 1º, da RN nº 566 da ANS, sendo aptos a demonstrarem os gastos os comprovantes e recibos apresentados – Recurso improvido.

Vistos.

Trata-se de recurso interposto contra a r. sentença de pg. 237/244, cujo relatório se adota, que julgou procedente o pedido, para condenar a ré a reembolsar a quantia de R\$ 16.318,77 (dezesesseis mil, trezentos e dezoito reais e setenta e sete reais), devidamente corrigida, além de impor-lhe os ônus da sucumbência.

A empresa afirma, em suma, que não há possibilidade de ser reembolsado valor, sem o efeito desembolso, tendo em vista a juntada aos autos apenas de nota fiscal, sem a comprovação de pagamento; que o reembolso deverá de ocorrer nos limites contratuais, não havendo falar-se em pagamento integral.

Com contrarrazões, vieram, os autos, para reexame.

É o relatório.

A presente demanda visa a impor à seguradora, ora apelante, o custeio do tratamento para correção de reconstrução mamária que a demandante, ora apelada, teve de realizar, por ter sido diagnosticada com câncer de mama.

Nesta fase do atendimento, a apelada foi atendida por equipe médica vinculada a hospital pertencente à rede credenciada da apelante que alega que os profissionais foram contratados livremente pela apelada.

Como tenho decidido reiteradamente, ao abranger, no contrato, determinada moléstia, não cabe à seguradora definir qual o meio a ser utilizado para o seu tratamento, inclusive para fins de averiguação e origem da doença, assim como a terapia que deve ser adotada para fins de cobertura.

Na hipótese, a negativa mostra-se abusiva ante a aplicação das normas do Código de Defesa do Consumidor e tendo em vista ser, o contrato, de adesão, fazendo com que o consumidor seja colocado em desvantagem exagerada, tornando-o vulnerável. Daí, a interpretação contratual deverá ser-lhe mais favorável, nos termos do art. 47 do CDC, especialmente por se tratar de procedimento urgente (fls. 65/66), decorrente de

moléstia grave.

Como já decidido em casos tais, em que o segurado opta por se tratar particularmente, seja por negativa ou falta de indicação de prestadores credenciados, o ato cirúrgico, materiais e medicamentos nele utilizados, bem como exames, devem de ser acobertados em sua totalidade, já que o seria se realizado em nosocômio de sua rede referenciada.

E tendo em vista que o tratamento particular não ocorreu por livre escolha da apelada, além de ter sido realizado em nosocômio pertencente à rede da apelante, os honorários dos profissionais que a assistiram também devem de ser acobertados.

Quanto à necessidade da comprovação de desembolso, tal exigência mostra-se abusiva, destacando-se que os comprovantes de pagamento a que a apelante se refere são aptos a determinarem o reembolso das despesas, já que ninguém dá recibo sem a respectiva contraprestação, nem expede nota fiscal eletrônica sem o devido pagamento.

Vale lembrar, ainda, que, se o art. 4º, § 1º¹, da RN nº 566 da ANS possibilita o pagamento de serviço ou procedimento pela operadora de plano de saúde ao prestador do serviço, mediante acordo entre as partes, não há empecilho para que a apelante pague as despesas decorrentes do tratamento da apelada, diretamente a hospital que faz parte de sua rede.

E ressalta-se que, como consignado na r. sentença, “(...) a prévia de reembolso elaborada pela operadora de plano de saúde corresponde a uma simulação do valor que o paciente terá direito a ver

¹ § 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes

ressarcido, em caso de utilização de serviços que não estão cobertos pelo plano de saúde. Assim, serve como parâmetro para que o consumidor possa melhor refletir e fundamentar decisão sobre contratar profissional particular ou se utilizar de rede credenciada para a prestação do serviço médico. Destarte, a estimativa do plano de saúde pode determinar a escolha do consumidor. *In casu*, a prévia de reembolso elaborada pela ré resultou em valor superior àquele efetivamente desembolsado pela autora. Ainda que se admita a possibilidade de alteração desta prévia; é certo que não está a ré dispensada da necessidade de justificar a redução, sob pena de violação aos deveres de transparência e informação, anexos à boa-fé objetiva. Todavia, a defesa não apresentou qualquer justificativa técnica e idônea para alteração da prévia por ela disponibilizada” (fls. 240/241).

Sendo assim, a manutenção da r. sentença é de rigor, ratificados e adotados os seus fundamentos, nos termos do art. 252 do RITJSP².

Ante o resultado a que aqui se chega, a apelante arcará com os honorários advocatícios sucumbenciais que ficam majorados para 15% (quinze por cento) sobre o valor atualizado da condenação.

Por derradeiro, a fim de evitar a oposição de embargos de declaração, única e exclusivamente voltados ao prequestionamento, e ante a manifestação da apelante a fls. 493, tenho por expressamente prequestionada, nesta instância, toda a matéria, consignando que não houve ofensa a qualquer dispositivo a ela relacionado.

Pelo exposto, **nego provimento** ao recurso.

ALVARO PASSOS
Relator

² Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la.