



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000335964**

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Embargos de Declaração Cível nº 1082764-85.2021.8.26.0100/50000, da Comarca de São Paulo, em que é embargante OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA., são embargados GUILHERME CHAVES SANT'ANNA (CURADOR(A)) e MARCIA YVETTE SANCHEZ BOUERI.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Embargos de declaração parcialmente acolhidos por 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, CORRÊA PATIÑO E HERTHA HELENA DE OLIVEIRA.

São Paulo, 4 de abril de 2025.

**JANE FRANCO MARTINS**

**Relator(a)**

Assinatura Eletrônica

**Órgão Julgador 2ª Câmara de Direito Privado**

**Embargos de Declaração nº 1082764-85.2021.8.26.0100/50000**

**Embargante:** Omint Serviços de Saúde Ltda e outro

**Embargado:** Marcia Yvette Sanchez Boueri e outro

**Voto nº. 6.304**

***DIREITO CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Acórdão da apelação que julgou improcedente recurso da ré e procedente o recurso da autora, com manutenção em sede de embargos de declaração. Reapreciação destes determinada pelo C. Superior Tribunal de Justiça em razão de omissão no julgado.***

***I. Caso em Exame.*** Ação de obrigação de fazer proposta por beneficiária de plano de saúde visando a cobertura integral de tratamento home care, ressarcimento de despesas e downgrade de plano. Sentença de improcedência dos pedidos. Apelação da autora e da ré.

***II. Questão em Discussão.*** A questão em discussão consiste em: (i) legitimidade da autora para pleitear reembolso de despesas pagas por terceiro; (ii) interesse de agir quanto à cobertura de fisioterapia e fonoaudiologia; (iii) limitação do reembolso conforme previsão contratual; (iv) possibilidade de downgrade do plano de saúde.

***III. Razões de Decidir.*** A legitimidade da autora é reconhecida, pois o reembolso é direito do beneficiário do plano, independentemente de quem efetuou o pagamento. ***Presunção de urgência na cobertura de fisioterapia e fonoaudiologia justifica o interesse de agir. Cláusulas restritivas devem ser interpretadas em favor do paciente. Não cabe limitação de reembolso em caso de patologia com cobertura contratual. Downgrade de plano é possível sem desequilíbrio financeiro, pois a beneficiária pagará a mensalidade correspondente ao novo plano.*** Após aclarado o acórdão, como determinado pelo C. STJ, sendo devidamente sopesados os critérios estabelecidos, foi mantida a solução dada à causa.

***IV. Dispositivo e Tese. Embargos de declaração parcialmente acolhidos para sanar omissão, sem alteração do resultado da apelação.***

*Tese de julgamento: 1. Beneficiário tem direito ao reembolso, independentemente de quem pagou. 2. Downgrade de plano é permitido sem prejuízo à operadora.*

Tratou-se de apelação interposta contra a r. sentença de fls. 930/934, que julgou improcedentes os pedidos.

Opostos embargos de declaração, foram rejeitados (fls. 943).

Inconformada, apelou a autora as fls. 946/953, alegando, em suma, a escolha do tratamento adequado deve ser feita pelo corpo clínico. Pugna pela cobertura integral do tratamento home care, bem como pelo downgrade de plano, eis que a alteração pretendida não causará qualquer prejuízo à ré, que receberá o valor da mensalidade de acordo com o produto que irá oferecer na categoria inferior. Pugna pela procedência integral da ação.

De outro lado, apelou a ré as fls. 1000/10007, sustentando a necessidade de reforma da r. sentença para que sejam arbitrados os honorários advocatícios de acordo com os critérios do artigo 85, § 2º, do CPC, no percentual de 10% a 20% sobre o proveito econômico pretendido pela apelada, qual seja, o reembolso da quantia de R\$ 115.710,00.

Contrarrazões as fls. 1017/1030.

**Sobreveio parecer da Douta  
Procuradoria Geral de Justiça opinando pelo improvimento  
do recurso da ré e pelo provimento do recurso da autora.**

O acórdão de fls. 1066/1072, julgou improcedente o recurso da ré e deu provimento ao recurso da autora.

Opostos embargos de declaração pela ré, foram rejeitados pelo acórdão de fls. 1084/1088.

**Interposto Recurso Especial pela ré, foi  
dado parcial provimento para determinar novo julgamento  
dos embargos de declaração, em relação às matérias não  
enfrentadas no acórdão.**

**É o relatório.**

**1.** A autora ajuizou a presente ação objetivando compelir a Omint, ora Apelante, a (i) disponibilizar atendimento médico domiciliar (home care), “especialmente com serviço de cuidador 24 horas/dia, visita médica, avaliação por fonoaudióloga e por nutricionista e fisioterapia motora e neurológica 3 vezes por semana”; (ii) ressarcir integralmente o valor despendido pela Apelada com o home care desde novembro/2020, até então, no montante de R\$ 115.710,00; e (iii) proceder ao downgrade/redução de categoria do plano de saúde da Apelada.

A r. sentença julgou improcedente a ação.

Insurgiram-se as partes.

Sobreveio acórdão que julgou improcedente o recurso da ré e provido o recurso da autora, sendo confirmado em sede de embargos de declaração.

Interposto Recurso Especial pela ré, foi dado parcial provimento para determinar novo julgamento dos embargos de declaração, por entender pela ausência de enfrentamento das seguintes omissões:

“(a) ilegitimidade da autora no tocante ao pedido de reembolso, pois as despesas foram quitadas por terceiro; (b) ausência de interesse de agir no tocante ao pedido para cobertura de fisioterapia e fonoaudiologia, pois não houve negativa de cobertura/reembolso; (e) não enfrentamento da alegação apresentada em contrarrazões de apelação sobre a necessidade de limitação do reembolso, conforme previsão contratual; (g) impossibilidade de downgrade do plano de saúde diante da vedação de comercialização de planos sem registro, sob pena de sujeitar à insurgente à penalidades administrativas.” (fls. 1165)

Pois bem.

**Passa-se a análise da questão, em conformidade com o entendimento adotado pelo C. STJ.**

**2. Primeiramente, afasta-se a preliminar de ilegitimidade da autora no tocante ao pedido de**

**reembolso, pois as despesas foram quitadas por terceiro.**

Ora, se o terceiro que pagou as despesas, o fez com o consentimento da parte autora. Assim, esta possui legitimidade ativa para pleitear o reembolso. Isso porque, ainda que o pagamento tenha sido realizado por terceiro, a autora é a beneficiária do plano de saúde e, portanto, detentora do direito ao reembolso.

Portanto, o direito ao reembolso de despesas com plano de saúde é do beneficiário, independentemente de quem tenha efetivamente pago.

**3.** No que tange a alegação de falta de interesse de agir no tocante ao pedido para cobertura de fisioterapia e fonoaudiologia, pois não houve negativa de cobertura/reembolso, observa-se que está presente na hipótese a *presunção hominis* de que de que a cobertura não foi concedida pela ré com a urgência necessária, do contrário a beneficiária não teria motivo para propor a presente ação e para formular tal pedido.

**No mais, quaisquer cláusulas restritivas de cobertura devem ser examinadas com prudência e interpretadas favoravelmente ao paciente, dada à natureza peculiar do contrato de plano de saúde, que tem por objetivo a delicada atividade de prestação de serviços médicos, em que, na maioria das vezes, está em jogo a sobrevivência humana, impondo-se proteção do interesse preponderante de risco de vida.**

**Consigne-se, que o comportamento da ré contraria o quanto disposto no art. 51, IV do Código de Defesa do Consumidor, pois coloca a autora em exagerada desvantagem, retirando-lhe a chance de realizar tratamento imprescindível para a manutenção da sua vida.**

**4. No que se refere a alegação de necessidade de limitação do reembolso, conforme previsão contratual, observa-se que se tratando de patologia com cobertura contratual, não há que se falar em reembolso parcial.**

**5. Por fim, sobre a alegação de impossibilidade de downgrade diante da “vedação de comercialização de planos sem registro, sob pena de sujeitar à insurgente a penalidades administrativas”, observa-se que a questão foi devidamente apreciada no acórdão, nos seguintes termos:**

“possível ainda a realização do downgrade referente a categoria de plano de saúde. (...) pode-se considerar abusiva e consequentemente nula (art. 51, IV, CDC), a negativa de migração para plano inferior, exigindo celebração de nova avença, submetendo a beneficiária a nova carência, sendo certo que a alteração da categoria do plano não importa em qualquer desequilíbrio financeiro do contrato, pois mudando de plano, a beneficiária passará a pagar a respectiva mensalidade, correspondente à cobertura condizente com o padrão desse novo plano, não se justificando a negativa.”

Desta feita, não há que se falar em comercialização de planos sem registro, mas apenas de redução de categoria de plano de saúde, ou seja, para um produto já

disponibilizado pela ré.

Além disso, observe-se que não há qualquer prejuízo à requerida, que continuará a receber mensalidade compatível com os serviços prestados.

Por oportuno, após aclarados o acórdão, como determinado pelo C. STJ, sendo devidamente sopesados os critérios estabelecidos, entende-se pela manutenção do improvimento do recurso de apelação da ré e provimento da apelação da autora.

**6. Ante o exposto, os embargos de declaração são parcialmente acolhidos para sanar omissão, sem alteração da solução dada no julgamento dos recursos de apelação.**

**JANE FRANCO MARTINS**

Relatora