



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000371178

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1007757-87.2024.8.26.0066, da Comarca de Barretos, em que é apelante HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A, é apelado ANTONIO PEDRO DOS SANTOS (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 1) 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 TASSO DUARTE DE MELO (Presidente sem voto), JOÃO BATTAUS NETO E MÁRCIA TESSITORE.

São Paulo, 15 de abril de 2025.

JOSÉ PAULO CAMARGO MAGANO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO Nº 1007757-87.2024.8.26.0066

APELANTE: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.

APELADO: ANTONIO PEDRO DOS SANTOS

COMARCA: BARRETOS

VOTO Nº 9181

PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS C/C DANO MORAL. Sentença procedência. Recurso da demandada. NEGATIVA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO EM HOSPITAL CREDENCIADO. Alegação de que não indeferiu ou negou o procedimento pleiteado pelo autor, mas que a autorização demandava avaliação prévia em seu pronto atendimento. Não acolhimento. Autor diagnosticado com caso grave de infarto agudo do miocárdio. O quadro de saúde grave não autoriza o dispêndio de tempo com burocracias não justificadas. Cabia ao réu o ônus de comprovar o impedimento para que o procedimento fosse feito no hospital credenciado, onde o autor já estava amparado, mas desse ônus não se desincumbiu. A urgência do caso demandou pronta reação do cliente, que não teve qualquer suporte do plano de saúde. DANOS MORAIS. Pretensão de afastamento ou redução. Não cabimento. Danos morais corretamente fixados, diante do caso concreto e o valor arbitrado (R\$ 5.000,00) atente a razoabilidade e proporcionalidade. Sentença confirmada pelos seus próprios fundamentos. Art. 252 do RITJSP. APELAÇÃO DESPROVIDA.

Trata-se de recurso oposto contra a sentença (fls. 200/205), cujo relatório se adota, que julgou procedentes os pedidos na ação de reembolso c/c dano moral movida por ANTONIO PEDRO DOS SANTOS em face de HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.

Nas razões recursais (fls. 290/303), o apelante aduz, em síntese, que: (i) não indeferiu ou negou o procedimento pleiteado pelo autor, apenas defende que o atendimento demandava avaliação prévia em seu pronto atendimento, para posterior encaminhamento ao nosocômio; (ii) o autor, por livre escolha, de forma unilateral realizou a cirurgia de forma particular e arcando com o valor necessário, sem direito a qualquer

reembolso; (iii) incabível a indenização por danos morais pela ausência de ato ilícito. Pugna, pela eventualidade, redução do *quantum* fixado; (iv) o contrato firmado entre as partes deve ser cumprido nos seus exatos termos, sendo que a negativa visa também garantir o equilíbrio financeiro contratual e a manutenção do plano.

Recurso tempestivo. Preparado (fls.304/306).

Contrarrazões (fls. 310/318).

É o relatório.

A r. sentença deve ser confirmada pelos seus próprios e bem deduzidos fundamentos, os quais ficam inteiramente adotados como razão de decidir pelo improvimento do recurso da apelante, nos termos do art. 252 do RITJSP: **"Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la"**. Como pontuou a sentença:

O pedido é procedente.

Insta salientar que o contrato em tela enseja a aplicação das normas do Código de Defesa do Consumidor, pois configurada a relação consumerista, na forma da Súmula nº 608 do C. Superior Tribunal de Justiça: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

Diante da situação de vulnerabilidade do consumidor nas relações de consumo, o Código de Defesa do Consumidor estabeleceu a Política Nacional das Relações de Consumo que tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo.

Vislumbra-se a vulnerabilidade econômica e especialmente técnica da parte autora frente à ré. O demandante é hipossuficiente em face do requerido, não apenas do ponto de vista econômico, mas também do técnico e no acesso à informação. Assim sendo, caracterizada a relação de consumo, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas da forma mais favorável ao consumidor, de forma a propiciar uma cobertura mais ampla.

Colhe-se dos autos que, no dia 26/11/2023, o autor deu entrada no atendimento de emergência do Hospital São Jorge, ocasião em que foi diagnosticado com infarto agudo do miocárdio (CID: I21) e realizou os procedimentos de cateterismos e angioplastia, de acordo com o prontuário médico (fls. 18/53), cuja despesa hospitalar totalizou o valor de R\$ 23.000,00 (vinte e três mil reais), conforme nota fiscal (fl. 17).

Restou incontroverso, ainda, que o nosocômio onde o procedimento cirúrgico foi realizado é credenciado junto à rede de atendimento do plano de saúde requerido.

Nesse contexto, não socorre à ré a alegação de que o requerido deveria passar antes pelo pronto atendimento da operadora, onde ocorre a regulação e autorização para que o paciente seja encaminhado para o hospital que realizará o procedimento cirúrgico.

Ora, conforme a urgência do caso, não se pode exigir que o paciente se dirija primeiramente ao pronto atendimento da operadora, que, inclusive, não conta com estrutura para realização do procedimento cirúrgico, para que oportunamente fosse encaminhado a determinado hospital para realização do tratamento.

Ademais, o autor dirigiu-se a um hospital que faz parte da rede credenciada de atendimento do plano de saúde requerido.

Assim sendo, não se pode admitir a negativa da

requerida, sobretudo diante do raso fundamento consistentes em questões burocráticas incompatíveis com a urgência e delicadeza do quadro de saúde do autor.

Tendo em mente os princípios informadores do Código de Defesa do Consumidor, o contrato celebrado entre as partes deve ser interpretado não apenas da forma literal, pura e simplesmente, mas sim de maneira lógica-teleológica, levando-se em consideração os fins sociais a que se destina o ajuste (função social do contrato).

Tratando-se de contrato de adesão, no qual não existe plena liberdade de as partes estipularem adequadamente as condições, no caso de dúvida, deve a interpretação se dar de maneira favorável ao aderente-consumidor. Isto porque, quando o consumidor adere a plano de assistência médico-hospitalar, não se pode exigir dele um conhecimento técnico, sendo certo que cláusulas demasiadamente genéricas não podem ser um fator de insegurança e de desproteção do segurado.

Portanto, inadmissível a negativa de cobertura e reembolso quanto ao fornecimento do tratamento prescrito por profissional habilitado, como indispensável à saúde da parte autora, a qual se revela abusiva é nula de pleno direito, nos termos do art. 54, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido, confira-se: [...]

Assim, é cabível o reembolso integral do valor comprovadamente despendido(fl. 17). Não se ouvida que a saúde é um bem indivisível. Não se pode protegê-la a picado e a varejo. A cobertura dos tratamentos, os cuidados médicos e as demais providências correlatas de natureza urgente não podem ser equacionados segundo a fria equação de um livro caixa, a prever entradas e saídas, no interesse calculista e exclusivo das prestadoras de serviços. A finalidade do plano de saúde é, justamente, assegurar àquele que não tem condições de arcar com o pagamento

de médicos e hospitais particulares, mas também não quer ficar entregue ao deficitário sistema de saúde pública, uma cobertura ampla que atenda todas as suas necessidades.

Com isso, entendo que não pode a parte autora, diante da prescrição médica, ficar sem o imediato fornecimento do tratamento prescrito, notadamente em razão da urgência do caso.

Finalmente, em que pesem entendimentos no sentido da inexistência de obrigatoriedade de pagamento de indenização por danos morais em casos que envolvam contratos de planos de saúde, posto que a negativa de custeio de despesas médicas vem alicerçada em interpretação de cláusula contratual, no caso dos autos, a negativa de cobertura do tratamento médico mencionado na petição inicial, sem dúvida, ocasionou preocupação e constrangimentos que atingiram a esfera íntima da parte beneficiária do plano de saúde, o que se deu em razão da desídia da operadora do plano que deixou de observar as normas que regem a matéria e sua própria sistemática administrativa.

Assim, entendo que a recusa injustificada da ré ao atendimento do autor, em momento no qual se encontra com a saúde fragilizada e necessita do procedimento de urgência por recomendação médica, é situação que impõe ao contratante de plano de saúde mais do que um simples dissabor cotidiano, posto ficar desamparado pelo contratado justamente quando verificada a situação pela qual se contrata um plano de saúde.

Diante disto, não apenas pelo dano in re ipsa, mas também como fator de estímulo à ré, para que reveja sua postura perante os associados e adeque sua conduta aos padrões legais, a condenação a título de dano moral se impõe. Na falta de critério legal objetivo, entendo que indenização pelo dano moral, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), é suficiente para recomposição do

patrimônio lesado, revelando-se exagerada a pretensão inicial, que poderia configurar enriquecimento sem causa da autora.

Em complemento, incontroverso que o autor, ante as fortes dores que lhe acometiam, se dirigiu direto ao Hospital São Jorge, onde foi diagnosticado com caso grave de infarto agudo do miocárdio, com indicação de realização de procedimentos com urgência. Também não se discute que tal nosocômio faz parte da rede credenciada do réu.

Mesmo diante desse cenário, houve a recusa, por parte do plano de saúde, no custeio das despesas para realização do cateterismo e angioplastia, indicado ao tratamento do demandante, sob a alegação de que ele deveria ter passado primeiro no pronto atendimento da ré para avaliação e liberação dos procedimentos.

Porém, a recusa é abusiva.

Primeiro porque o quadro de saúde grave não autoriza o dispêndio de tempo com burocracias sem justificativa. Em segundo lugar, cabia ao réu o ônus de comprovar o impedimento para que o procedimento fosse feito no hospital credenciado, onde o autor já estava amparado, mas desse ônus não se desincumbiu.

Aduzir que a realização dos procedimentos terem sido feitos, ao final, de modo particular não lhe socorre, tampouco ampara sua obrigação de custear o tratamento adequado ao seu cliente na rede credenciada.

O autor não escolheu qualquer hospital, mas optou pela rede credenciada; não escolheu fazer os procedimentos, porque foram indicados pelo seu próprio médico; não arcou com a despesa particular por vontade própria, mas o fez para não perecer. A urgência do caso demandou pronta reação do cliente, que não teve qualquer suporte do plano de saúde.

Assim, com acerto agiu a sentença, não havendo que se falar, ainda, em limitação do reembolso à tabela da operadora, ante a negativa ilícita de custeio dos procedimentos.

Sobre os danos morais, não se discute que os fatos narrados na exordial fogem do mero dissabor. A recusa na realização de tratamento em hospital onde o autor procurou socorro de urgência, por mero cumprimento de protocolo, colocou a saúde dele em risco, gerando não só angústia, mas, diante de um momento de fragilidade, causou incertezas que fogem da normalidade.

Com relação à quantificação dos danos morais utilizam-se como critérios o parâmetro judicial correspondente aos valores fixados em casos análogos, além das circunstâncias do caso concreto, com vistas a que o valor arbitrado possa cumprir a dupla função compensatória e motivacional, sem importar enriquecimento sem causa.

Após análise dos autos, entendo que a quantia fixada condiz com as circunstâncias do caso concreto. É certo que a negativa de cobertura para o tratamento médico da parte apelada, apesar do credenciamento do hospital pretendido, ocasionou-lhe sofrimento, em especial, considerando a condição de saúde que, se não cuidada, poderia levar à consequências mais graves.

Assim, ao considerar os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, bem como as condições financeiras das partes, e levando em conta os precedentes deste Tribunal sobre a matéria, é possível concluir que a fixação do valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) é adequada ao caso concreto.

Ante o exposto, pelo meu voto, **nego provimento ao recurso**, mantendo-se integralmente a sentença, nos termos do art. 252 do RITJSP.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Majoro os honorários advocatícios fixados em primeiro grau para 15% sobre o valor da condenação.

J. PAULO CAMARGO MAGANO

RELATOR