



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000382807

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1121283-27.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, é apelado JOSÉ ANTONIO ARONE NETO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª 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 RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente sem voto), VITO GUGLIELMI E CESAR MECCHI MORALES.

São Paulo, 22 de abril de 2025.

MARCELLO DO AMARAL PERINO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1121283-27.2024.8.26.0100
Apelante: Bradesco Saúde S/A
Apelado: José Antonio Arone Neto
Comarca: 42ª Vara Cível do Foro Central Cível
Magistrado(a): Renato de Abreu Perine

Voto nº 6238

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS. ALEGAÇÃO DE LIMITAÇÃO DO REEMBOLSO COM BASE EM CLÁUSULAS CONTRATUAIS. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE. NECESSIDADE DE CLAREZA E TRANSPARÊNCIA NA REDAÇÃO DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS. INEXISTÊNCIA DE COMPROVAÇÃO, PELA APELANTE, DOS LIMITES PARA O REEMBOLSO ESTABELECIDOS NO CONTRATO. ÔNUS DA PROVA SOBRE A ADEQUAÇÃO DO REEMBOLSO RECAI SOBRE A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. DEVER DE INFORMAÇÃO DA OPERADORA, CONFORME OS ARTIGOS 6º, INCISO III, E 46 DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 296/300, cujo relatório adoto e transcrevo o dispositivo: ***“Ante o acima exposto e por tudo mais que dos autos consta, PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido para condenar a requerida ao pagamento do valor de R\$95.177,62 em favor da autora, a título de reembolso da diferença entre o valor pago e o reembolsado previamente. O quantum devido será atualizado pelo IPCA desde o efetivo desembolso e acrescido de juros de mora legal (SELIC), desde a citação, observado o disposto no artigo 406 do Código Civil. Por consequência, julgo o processo extinto, com julgamento de seu mérito, nos termos do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil. As duas partes sucumbiram. A parte ré arca com oitenta e cinco por cento das custas e despesas processuais e remunera o***

advogado da parte autora em honorários que arbitro em dez por cento do valor da condenação. A parte autora arca com quinze por cento das custas, despesas processuais e remunera o advogado da parte ré, os quais fixo em dez por cento da pretensão indenizatória de dano extrapatrimonial, a ser atualizada pelo IPCA desde a propositura da ação. Preparo é de 4% do valor da condenação. Sentença registrada eletronicamente. Publique-se. Intimem-se.”

Nas razões recursais, sustenta o apelante, ser clara a cláusula contratual de reembolso ao estabelecer limites para o ressarcimento das despesas, conforme estabelecido na apólice do seguro. A recorrente afirma que já procedeu ao reembolso nos limites contratuais, e que a condenação ao reembolso integral das despesas não está prevista no contrato, em virtude de cláusulas de exclusão de cobertura para determinados procedimentos. Além disso, sustenta que a decisão judicial amplifica indevidamente as coberturas contratadas, o que causaria desequilíbrio nas bases atuariais do seguro. Destaca, que o cálculo do reembolso é realizado de acordo com os limites preestabelecidos na apólice, conforme a quantidade de URS (Unidade de Referência de Saúde) e o valor vigente à época do evento, sendo que não há previsão para cobertura de certos procedimentos fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Enfatiza a necessidade de envio de documentação complementar por parte da autora para a efetivação dos reembolsos pendentes.

Em suas contrarrazões recursais, afirma a parte recorrida, que a recorrente não se desincumbiu do ônus de provar a alegada recusa de cobertura., bem como não demonstrou a inexistência de cobertura para os procedimentos realizados, nem mesmo, o valor limite para os reembolsos, conforme estipulado no contrato de adesão. Aponta que a apelante não apresentou documentos que comprovassem o cálculo do valor reembolsado, a configurar a violação ao dever de informação, previsto no Código de Defesa do Consumidor. Por fim, refuta a alegação de que o sistema de solicitação foi desativado, prejudicando o acesso às informações necessárias, asseverando que, conforme o Código de Defesa do Consumidor, a apelante deve ser mais clara na prestação das informações ao consumidor. Requer a inadmissão do recurso ou, caso conhecido, o seu desprovimento (fls. 340/350).

Apelação tempestiva e preparada (fls. 305/336).

Contrarrazões recursais (fls. 340/350).

Sem oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Passo ao voto.

Inicialmente, afasto a preliminar de ofensa à dialeticidade. Embora a apelação não tenha impugnado todos os fundamentos da r. sentença e tenha reiterado as teses apresentadas na contestação e seja prolixa, ela é suficiente para devolver a matéria a este Tribunal para análise.

É imperioso ressaltar que, em atenção ao disposto nos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, bem como o disposto na Súmula 608, do Colendo Superior Tribunal de Justiça, aplica-se o Código Consumerista aos planos de saúde.

Portanto, considerando-se a aplicabilidade das normas consumeristas ao presente caso, deve prevalecer a vulnerabilidade do consumidor e a interpretação mais favorável a ele, a fim de garantir o equilíbrio na relação contratual.

Desde o início, a parte recorrida apresentou nos autos a apólice do seguro coletivo de reembolso de despesas de assistência médico-hospitalar (fls. 75/76), os relatórios médicos, as declarações sobre os valores dos honorários médicos e as respectivas notas fiscais, os comprovantes de pagamento pelos serviços prestados, além do borderô com a discriminação de todos os valores (fls. 77/79, 80/157 e 158/159).

A análise dos documentos apresentados demonstra que o autor forneceu todas as provas necessárias para o reembolso das despesas médicas.

É importante ressaltar que cláusulas que impliquem limitação ou desvantagem ao consumidor devem ser destacadas claramente, com uma redação de fácil compreensão quanto ao seu sentido e alcance. Na ausência dessas características, tais cláusulas serão consideradas nulas ou ineficazes, mesmo que tenham sido aceitas, expressa ou implicitamente, pelo consumidor, conforme os artigos 54, §§ 3º e 4º, e 46 do Código de Defesa do Consumidor.

Por fim, os pontos levantados pelo apelante em seu

recurso foram cuidadosamente avaliados e refutados pela sentença, a qual deve ser confirmada, conforme disposto no art. 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, cuja fundamentação se transcreve a seguir:

“É incontroverso que, após ciência da doença, a parte autora realizou a contratação de médicos e hospital de maneira particular, não pretendendo a parte valer-se da rede de credenciados existentes para seu plano, que são diversos na cidade de São Paulo com especialidade na área desejada, de modo que, por sua vontade, veio a pagar por prestação de serviços médicos/hospitalares diretamente aos prestadores.

O direito da autora ao reembolso das despesas que suportou deveria ocorrer de acordo com cláusula prevista em contrato e limite estabelecido pela empresa requerida em apólice, entretanto, tal limite e demonstração também não fora comprovado, pois nem em defesa, nem pelos documentos, é possível abstrair-se informações adequadas para verificar a adequação, de acordo com os contratos, dos reembolsos realizados.

A questão deve ser resolvida à luz dos ditames do Código de Defesa do Consumidor, conforme prevê a Súmula 608 do C. STJ: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão." Ademais, a Súmula nº 100, do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, dispõe que “O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n.9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”.

Nesse contexto, a parte autora, enquanto consumidora, merece especial proteção do Estado e tem direito ao reconhecimento de sua vulnerabilidade no mercado de consumo (art. 4º, inciso I, do CDC), cabendo à parte ré, exclusivamente, o ônus da prova da adequação dos reembolsos.

Restou incontroverso a existência da relação contratual e que a autora foi submetida à internação hospitalar e procedimento cirúrgico, necessitando de atendimentos médicos, cujas despesas foram descritas à fl. 159 e totalizam o valor de R\$95.177,62 (recibos e notas fiscais de fls. 81/157).

A possibilidade de reembolso existe em contrato.

Pela análise dos documentos juntados, verifica-se estarem comprovadas todas as despesas no tratamento da parte autora, demonstrando a parte fato constitutivo do seu direito.

A ré deveria demonstrar que o reembolso ocorreu nos limites do contrato, mas, no entanto, assim não comprovou. A parte ré, aliás, sequer alegou de maneira

adequada a exatidão do valor reembolsado com aquilo que fora pactuado.

Na peça defensiva sequer são apresentadas as condições gerais, a cláusula contratual que limitaria os valores dos reembolsos e a demonstração de como se deu o cálculo do valor reembolsado para cada um dos procedimentos realizados, vindo, assim, desacompanhada de quaisquer elementos concretos dos devidos valores a serem reembolsados.

Tratando-se de relação de consumo, cabe à operadora de plano de saúde informar, de forma objetiva e de fácil compreensão ao segurado, todas as cláusulas contratuais, especialmente no que tange aos cálculos e limites para realizar o reembolso.

É o dever de informação, previsto nos artigos 6º, inciso III e 46, ambos do Código de Defesa do Consumidor. Contudo, não há qualquer informação colacionada à defesa apresentada pela requerida que esclareça como os cálculos seriam realizados e qual o percentual de reembolso que caberia a autora.

Desta forma, limitando-se a requerida à realização de impugnação genérica e sem indicação do valor que entende devido, o ressarcimento deve se dar no valor integral, havendo assim, o ressarcimento da diferença entre as despesas pagas pela autora e o reembolsado pela requerida...”

Diante do acima exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso interposto. Em razão da sucumbência, majoro os honorários advocatícios para o percentual de 15% sobre o valor da condenação, nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil.

MARCELLO DO AMARAL PERINO

Relator