



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000382838

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1009149-91.2022.8.26.0079, da Comarca de Botucatu, em que é apelante UNIMED DE BOTUCATU COOPERATIVA DE TRABALHOS MÉDICOS, é apelado JOSE MARCELO GOBETTE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores IRINEU FAVA (Presidente sem voto), PEDRO FERRONATO E MARA TRIPPO KIMURA.

São Paulo, 22 de abril de 2025.

PAULO GUILHERME AMARAL TOLEDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº **1009149-91.2022.8.26.0079**
Comarca: **Botucatu (3ª Vara Cível)**
Juiz: **José Antonio Tedeschi**
Apelante: **Unimed de Botucatu Cooperativa de Trabalhos Médicos**
Apelado: **Jose Marcelo Gobette**

Voto nº 2695

Direito Civil. Apelação. Contratos. Recurso parcialmente provido.

I. CASO EM EXAME: Ação de cobrança cumulada com pedido de indenização por danos morais. Autor beneficiário de plano de saúde da UNIMED DE BOTUCATU há mais de 18 anos. Diagnóstico de neoplasia maligna de próstata. Necessidade de procedimento cirúrgico com técnica robótica. Negativa de cobertura pelo plano de saúde sob justificativa de ausência de previsão no rol da ANS. Autor custeou a cirurgia e pleiteia reembolso e indenização por danos morais. Sentença de parcial provimento. Apela a requerida.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO: (i) cerceamento de defesa pelo indeferimento de prova técnica para avaliar a necessidade da cirurgia robótica; (ii) limitação do reembolso aos valores previstos na tabela do plano de saúde.

III. RAZÕES DE DECIDIR: 1. Conjunto probatório robusto e suficiente à formação do convencimento judicial. Não se trata de matéria fática complexa a demandar dilação probatória adicional. Rejeição da preliminar de nulidade por cerceamento de defesa. 2. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Reembolso integral das despesas médicas em caso de inexecução contratual. Limitação do reembolso aos valores contratuais quando o beneficiário opta por tratamento fora da rede credenciada sem negativa indevida do plano. In casu, o reembolso deve ser limitado aos parâmetros contratuais.

IV. DISPOSITIVO: Dá-se parcial provimento ao recurso de apelação.

Trata-se de ação de cobrança cumulada com pedido de indenização por danos morais, em que a parte autora relata ser beneficiária do plano de saúde da UNIMED DE BOTUCATU há mais de 18 anos e que, diante do diagnóstico de neoplasia maligna de próstata, necessitou realizar procedimento cirúrgico com técnica robótica. O plano de saúde negou a cobertura sob a

justificativa de ausência de previsão no rol da ANS, razão pela qual o autor custeou a cirurgia e pleiteia o reembolso dos valores desembolsados, além de indenização por danos morais.

Na r. sentença (fls. 171/179), o juízo julgou parcialmente procedente a ação para condenar a requerida ao reembolso integral das despesas médicas, no valor de R\$ 46.467,74, corrigido desde o desembolso, acrescido de juros moratórios a partir da citação. O pedido de indenização por danos morais foi indeferido por se tratar de mero descumprimento contratual. Pela sucumbência recíproca, as custas foram rateadas entre as partes, fixando-se honorários advocatícios de 10% sobre o valor da condenação em favor do autor e 10% sobre o valor da pretensão indenizatória rejeitada em favor da ré.

Apela a parte ré (fls. 195/204), alegando, preliminarmente, cerceamento de defesa pelo indeferimento de prova técnica para avaliar a necessidade da cirurgia robótica. No mérito, sustenta que o autor não requereu previamente a cobertura do procedimento, apenas o reembolso, e que a negativa se deu em razão da ausência de previsão contratual. Subsidiariamente, requer a limitação do reembolso aos valores praticados na rede credenciada.

Recurso tempestivo e regularmente preparado.

Contrarrazões às fls. 212/224.

Não há oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Conforme dispõe o artigo 370 do CPC, cabe ao juiz dirigir o processo e avaliar a necessidade de provas adicionais, podendo indeferir pedidos considerados irrelevantes ou protelatórios.

Analisando os autos, observa-se que o conjunto probatório era robusto e suficiente à formação do convencimento judicial, não se tratando a controvérsia de matéria fática complexa a demandar dilação probatória adicional.

Consta dos autos o pedido de reconsideração da negativa de cobertura pela operadora (fls. 26/29), a resposta da ouvidoria do plano de saúde, que reiterou a recusa sob o fundamento de que a solicitação “não consta no ROL da ANS” (fl. 30), e o relatório médico detalhado do profissional assistente que fundamenta tecnicamente a escolha da via robótica como a mais eficaz, segura e adequada ao caso do autor (fl. 31).

Além disso, há documentação clínica e laudos complementares (fls. 32/35), bem como as respectivas notas fiscais relativas ao procedimento realizado (fls. 36/42), o que evidencia que a controvérsia se limitava à interpretação jurídica da abusividade da negativa da operadora quanto à técnica empregada, e não quanto à existência, à efetiva necessidade ou à urgência do tratamento.

A solicitação de produção de prova técnica ou de audiência de instrução não se mostrou imprescindível, revelando-se suficiente a análise dos documentos para a adequada solução da controvérsia, nos termos do art. 355, I, do CPC.

Assim, a decisão que julgou antecipadamente a lide encontra respaldo no princípio da razoável duração do processo e não configurou violação ao contraditório ou à ampla defesa, razão pela qual rejeita-se a preliminar de nulidade por cerceamento de defesa.

Ao mérito.

Desde logo importante ressaltar que as normas do Código de Defesa do Consumidor são aplicáveis ao caso em questão. Não resta dúvida quanto à condição da Apelada como destinatária final na relação de consumo. Inclusive, o assunto já está sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ): “*Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*”

Acerca do sistema de reembolso dos planos de saúde, impõe-

se considerar que, nos casos em que a operadora do plano de saúde não disponibiliza, de forma efetiva, prestador da rede credenciada apto a realizar o tratamento necessário ao beneficiário, ou quando injustificadamente se recusa a autorizá-lo, este faz jus ao reembolso integral das despesas médicas assumidas, em razão da inexecução contratual. Trata-se da aplicação dos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, que impõem ao plano de saúde o dever de garantir o atendimento adequado ao segurado, seja diretamente, por meio de sua rede credenciada, seja indiretamente, mediante o reembolso integral dos valores despendidos.

Entretanto, quando o beneficiário opta por se submeter ao tratamento com profissional ou equipe médica fora da rede credenciada por iniciativa própria, sem comprovar negativa indevida ou omissão do plano de saúde em garantir a cobertura contratada, o reembolso, se cabível, deve respeitar os limites previstos contratualmente, nos termos do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, isto é, restringe-se ao valor equivalente àquele que seria pago à rede referenciada da operadora.

Com base no conjunto fático-probatório dos autos, é possível concluir que o presente caso não se refere à negativa prévia de cobertura da cirurgia robótica, mas sim à negativa de reembolso integral após a realização de procedimento realizado fora da rede referenciada, por iniciativa do próprio beneficiário.

Com efeito, embora o autor afirme que teria buscado previamente a cobertura do procedimento, não há nos autos prova documental de solicitação formal e específica dirigida à ré com pedido de autorização da cirurgia robótica, tampouco de negativa expressa antes da sua realização.

O documento de fls.26/29 diz respeito ao pedido de reembolso.

A troca de e-mails juntada aos autos (fl. 30), conquanto contenha a expressão “reconsideração de negativa”, refere-se igualmente a pedido de reembolso formulado após a realização do procedimento, não havendo registro de

resposta anterior que demonstre recusa formal da operadora em autorizar o procedimento.

Ademais, a ata notarial acostada em réplica comprova que a solicitação enviada à operadora se referia à cirurgia “videolaparoscópica”, e não à técnica robótica, tendo sido informado pela clínica ao autor que a robótica seria realizada mediante pagamento de diferença pelo paciente. Tal circunstância reforça o entendimento de que a escolha pela técnica não decorreu de negativa do plano, mas sim de liberalidade do paciente, que assumiu conscientemente o ônus do custo adicional de tratamento particular.

Ora, em tal hipótese, o reembolso deve observar os limites contratuais e os valores de referência estabelecidos pelo plano de saúde para os serviços prestados por sua rede credenciada, não sendo cabível o reembolso integral dos valores despendidos pelo consumidor, salvo nas hipóteses excepcionais em que reste configurada situação de urgência/emergência ou negativa injustificada da operadora —o que não se verificou no presente feito.

A esse respeito, vejamos:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS. LIMITAÇÃO À TABELA DE MERCADO. LEGALIDADE. SÚMULA 83/STJ. CLÁUSULA LIMITATIVA INFORMADA AO CONTRATANTE. REVISÃO. SÚMULA 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL PREJUDICADA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. **1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça manifesta-se no sentido de que o reembolso das despesas médicas realizadas por beneficiário de seguro-saúde limita-se ao valor estabelecido na tabela contratada.** 2. Não se mostra viável, em julgamento de recurso especial, rever o posicionamento do Tribunal estadual acerca da ciência do contratante a respeito das cláusulas contratuais limitativas, uma vez que tal exame requer o revolvimento de matéria fático-probatória, o que é inviável dada a incidência da Súmula 7/STJ. 3. No s termos do entendimento jurisprudencial desta Corte Superior, a aplicação do óbice imposto pela Súmula 7/STJ impede a apreciação da divergência jurisprudencial, diante da constatação da ausência de similitude fático-jurídica entre os julgados confrontados. 4. Agravo interno desprovido. (STJ, AgInt

no AREsp 2082598 / PR; Terceira Turma; Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze; Data do julgamento: 13/03/2023; Data da publicação: 16/03/2023)

Assim, inexistindo negativa prévia de cobertura e ausentes os requisitos que autorizariam a excepcionalidade do reembolso integral, o valor de R\$ 46.467,74 pago pelo autor não pode ser integralmente exigido da operadora, devendo a restituição ser limitada aos parâmetros estabelecidos no contrato, em observância à cláusula que rege a restituição de despesas realizadas fora da rede e ao disposto no art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98.

Em que pese a alteração do julgado, mantém-se a distribuição dos encargos de sucumbência, inclusive dos honorários advocatícios, cuja base de cálculo deverá observar o aqui decidido.

Visando evitar oposição de embargos declaratórios para tal finalidade, considera-se prequestionada toda matéria constitucional e infraconstitucional, observado posicionamento do C. STJ segundo o qual prescindível a citação de dispositivos legais que o fundamentam: Já é pacífico nesta e. Corte que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão tenha sido decidida (EDcl no RMS 18205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, T5, j. 18.04.2006).

Ante o exposto, **DÁ-SE PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso de apelação, nos termos expostos.

Tendo em vista o provimento parcial do recurso, não cabem honorários recursais, nos termos do art. 85, § 11 do CPC e da tese vinculante definida em recurso repetitivo pelo STJ (Tema 1059).

Int.

PAULO GUILHERME AMARAL TOLEDO

Relator