



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000390869

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1010048-71.2024.8.26.0224, da Comarca de Guarulhos, em que é apelante ANA MARIA DOS SANTOS LICNERSKI, é apelado BIO VIDA SAÚDE LTDA.

ACORDAM, em 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Deram provimento em parte ao recurso. V. U. Ficou prejudicado o pedido de sustentação oral, pois a advogada, Dra. Isabela Teixeira Lopes Toledo, não estava presente na sessão de julgamento quando o seu processo fora por diversas vezes apregoadado.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente) E EMERSON SUMARIVA JÚNIOR.

São Paulo, 23 de abril de 2025.

MOREIRA VIEGAS
RELATOR
Assinatura Eletrônica

Apelação Cível: 1010048-71.2024.8.26.0224
Comarca: Guarulhos
Apelante: ANA MARIA DOS SANTOS LICNERSKI
Apelada: BIOVIDA SAÚDE LTDA.

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

I. Caso em Exame

Ação ordinária em que um autor, beneficiário de plano de saúde, busca reembolso integral de despesas de cirurgia realizada após infecção pós-operatória, alegando negligência médica e má-fé do plano. A sentença condenou a ré ao pagamento nos limites contratados.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar o direito ao reembolso integral das despesas efetuadas pelo autor, considerando a recusa de cobertura pelo plano de saúde e os danos morais alegados.

III. Razões de Decidir

3. O artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98 admite reembolso nos limites das obrigações contratuais em casos de urgência ou emergência.

4. Não houve recusa de cobertura, apenas substituição de materiais por equivalentes, aprovada pela junta médica da operadora e pelo médico particular contratado pela apelante.

IV. Dispositivo e Tese

5. Dá-se provimento parcial ao recurso, determinando que a operadora ré reembolse a autora no valor equivalente ao que seria coberto caso o procedimento ocorresse na rede credenciada. Sucumbência de ambas as partes, com taxa de custos e despesas processuais.

Tese de julgamento: 1. O reembolso de despesas em casos com livre escolha de profissional deve respeitar os limites contratuais do plano de saúde. 2. A substituição de materiais por equivalentes não configura recusa de cobertura.

Legislação Citada:

CPC, art. 406; Lei 9.656/98, art. 12, inciso VI.

Jurisprudência Citada:

TJSP, Apelação Cível 1002288-57.2020.8.26.0565, Rel. Silvério da Silva, 8ª Câmara de Direito Privado, j. 26.03.2021. STJ, REsp 809685/MA, Rel. Aldir Passarinho Junior, Quarta Turma, j. 14.12.2010.

VOTO Nº 42580

Apelação interposta em face de r. sentença de fls. 437/443, que, nos autos de ação ordinária, julgou parcialmente procedente o pedido, para condenar a ré ao pagamento da cirurgia realizada pela autora em 30/05/2024, nos limites contratados pela autora, com atualização monetária desde o desembolso e juros de mora, nos termos do art. 406, do CPC, ao mês, a partir do trânsito em julgado.

Apela a autora (fls. 461/479). Alega, em breve síntese, ter direito ao reembolso integral das despesas efetuadas diante da recusa caracterizada pela morosidade da apelada. Sustenta que a situação lhe acarretou danos morais. Subsidiariamente, pugna pela redistribuição dos ônus da sucumbência.

Recurso processado, com resposta (fls. 523/536).

É o relatório.

A autora é beneficiária de plano de saúde oferecido pela ré e, após se submeter a cirurgia de revisão no joelho em hospital credenciado pelo plano de saúde, desenvolveu infecção pós-operatória que exigiu novo procedimento.

Alega negligência médica pelo atraso no tratamento adequado e má-fé do plano, que inicialmente autorizou a cirurgia em hospital despreparado para alta complexidade, para depois negar cobertura alegando ser opção particular. Aduz ineficácia do tratamento quase resultou em amputação, configurando violação dos deveres contratuais e assistenciais, com evidentes danos materiais e morais à paciente.

Assim, ingressou com o presente feito para obter a realização de novo procedimento por médico da sua confiança em com os materiais receitados por este, os quais teriam sido negados pela apelada.

A demanda trazida ao reexame da Corte, diga-se logo, deve ser apreciada à luz das normas de ordem pública previstas no Código de Defesa do Consumidor, cuja aplicabilidade, hoje, não mais se discute.

Nesta senda, ainda que admitida a inversão do ônus da prova com fundamento no artigo 6º, inciso VII, do Código de Defesa do Consumidor, tal circunstância não exime o consumidor do encargo de provar o fato constitutivo do direito por ele alegado.

E, no caso vertente, a autora não apresentou indício mínimo de recusa ou inexistência de atendimento por hospitais ou médicos da ré.

Ressalte-se, por oportuno, que, embora tenha a autora requerido a cobertura de novo tratamento, o pedido foi submetido à junta médica da operadora, que aprovou integralmente o procedimento cirúrgico, sugerindo apenas a substituição de alguns materiais por equivalentes.

Desse modo, o médico assistente foi devidamente comunicado e manifestou ressalvas apenas quanto ao fornecedor dos materiais, cuja questão que foi posteriormente resolvida pela operadora.

Constata-se, portanto, que não houve recusa de cobertura nem discordância substantiva quanto ao procedimento ou materiais indicados, ficando demonstrada a adequação da conduta técnico-assistencial adotada pela requerida em todo o processo.

No entanto, restou evidenciado que acabou a apelante por realizar o tratamento de maneira integralmente particular diante da demora na concessão dos pedidos e do agravamento de estado de saúde.

Assim, em que pese tal escolha, não pode a autora ser prejudicada diante da inexistência de cláusula de reembolso e a ré se esquivar de arcar com o reembolso, uma vez que comprovada a existência de doença coberta pelo plano e o uso da instituição de saúde se deu pela efetiva necessidade da consumidora que se submeteu ao tratamento anteriormente já autorizado.

Com efeito, a respeito do reembolso, disciplina o artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

*VI - **reembolso** , em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nos limites das obrigações contratuais , das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras , de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto,*

pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada (grifo nosso).

Depreende-se, pois, que o dispositivo legal em referência é expresso ao admitir o reembolso nos limites das obrigações contratuais. Vale dizer, o valor do reembolso a ser praticado corresponde ao custo que seria despendido pela operadora, caso o procedimento tivesse sido realizado em hospital integrante da rede credenciada, bem como com os materiais autorizados por ela.

A esse respeito, precedentes deste E. Tribunal de Justiça:

“Apelação Cível. Plano de saúde. Tratamento para dependência química. Caso efetivamente comprovada a existência de clínica credenciada para o tratamento do apelado em cumprimento de sentença, a **apelante deverá custear o tratamento e internação do agravado mediante a cobertura nos termos contratuais, nos limites da rede credenciada, em valores que seriam pagos aos profissionais e estabelecimentos credenciados ao plano, ficando o restante do custeio a encargo do autor ou seu responsável legal.** Obrigação do beneficiário em concorrer para o pagamento das despesas da internação depois do prazo de 30 dias. A hipótese não se cuida de internação com prazo curto e possibilidade de pronto restabelecimento do paciente. Apelo parcialmente provido, com observação.” (TJSP; Apelação Cível 1002288-57.2020.8.26.0565; Relator (a): Silvério da Silva; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Caetano do Sul - 4ª Vara

Cível; Data do Julgamento: 26/03/2021; Data de Registro: 26/03/2021, grifo nosso).

Seguro Saúde - Ação movida por beneficiário buscando cobertura de internação - Carência invocada pela operadora do plano para doença preexistente - Inaplicabilidade - Autor internado na UTI sob risco de vida - **Atendimento médico ambulatorial realizado em hospital não credenciado - Admissibilidade - Cobertura limitada ao valor que despenderia a seguradora se o hospital fosse credenciado.** Recurso parcialmente provido. Mesmo no período de carência não se pode limitar o período de internação para os casos de urgência ou emergência. A jurisprudência tem admitido o reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado somente em casos excepcionais. (AC 9188934-76.2006.8.26.0000, 3ª Câmara de Direito Privado, Relator Des. Jesus Lofrano, j. em 22.02.2011).

No mesmo sentido, entendimento pacificado no âmbito do Superior Tribunal de Justiça:

CIVIL E PROCESSUAL. PLANO DE SAÚDE. DESPESAS. EMERGÊNCIA. REDE NÃO CONVENIADA. EMERGÊNCIA. POSSIBILIDADE. DESPROVIMENTO.

I. "O reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado, pelo valor

equivalente ao que seria cobrado por outro da rede, pode ser admitido em casos especiais (inexistência de estabelecimento credenciado no local, recusa do hospital conveniado de receber o paciente, urgência da internação etc.)" (REsp 267.530/SP, Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar, Quarta Turma, unânime, DJ: 12/03/2001).

II. Concluindo as instâncias ordinárias pela emergência na situação, o reexame da questão esbarra no que diz o verbete n. 7, da Súmula desta Corte.

III. Recurso especial improvido .”

(REsp 809685/MA, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 14/12/2010, DJe 17/12/2010, grifo nosso).

Desta forma, melhor solução é limitar o custeio da ré ao que seria pago com o procedimento se realizado em sua rede, para evitar o enriquecimento ilícito.

Conforme lição de Luiz Antônio Rizzatto Nunes:

'É claro que o reembolso se dará nas bases e pelos preços fixados no respectivo plano do qual o beneficiário faça parte. Assim, se houver diferença de preço para mais no atendimento feito fora do serviço próprio, ele ficará a cargo do consumidor. Se, ao revés, a diferença for a menor, a operadora não está obrigada a entregá-la ao consumidor, sob pena de se caracterizar enriquecimento ilícito'.
(Comentários à Lei de Plano Privado de

Assistência à Saúde, de Luiz Antônio Rizzatto Nunes Ed. Saraiva 2ª Edição, pág. 13)'.

Quanto aos danos morais, à míngua da prática de ilícito pela operadora de saúde não é o caso de reparação por dano moral.

Assim, não pode a apelada se liberar do pagamento da quantia que pagaria para o tratamento existente na rede conveniada para igual ou similar procedimento, sob pena de enriquecimento sem causa, haja visto que a apelante possui o plano pelo qual arca com a devida contraprestação.

Desta forma a r. sentença deve modificada, apenas para constar que a operadora ré deve reembolsar a autora no valor equivalente ao que seria coberto caso o procedimento ocorresse na rede credenciada e com os materiais por ela autorizado.

Ante a parcial procedência, com a modificação acerca do reembolso, a sucumbência passa a ser de ambas as partes, condenadas ao rateio do pagamento das custas e despesas processuais, bem como, ao pagamento dos honorários do advogado adverso, aqui fixados em 15% sobre o valor atualizado da causa, observada a gratuidade processual da autora concedida nos autos.

Pelo exposto, dá-se parcial provimento ao recurso, nos termos supra.

JOÃO FRANCISCO MOREIRA VIEGAS
Relator