



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000397090

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1103859-69.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes CLAUDIA PUCCI FERNANDES EL HAGE e FAUZE KHALED EL HAGE, é apelado BRADESCO SAÚDE S/A.

ACORDAM, em Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma V (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **"Conheceram do recurso para lhe NEGAR PROVIMENTO. V. U. Sustentou oralmente o Dr. Miguel Dario de Oliveira Reis (OAB/SP 111.133)."**, de conformidade com o voto do Relator(a), que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores CARLOS EDUARDO PACHI (Presidente sem voto), RICARDO PEREIRA JÚNIOR E INAH DE LEMOS E SILVA MACHADO.

São Paulo, 22 de abril de 2025.

RUI PORTO DIAS

Relator

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Apelação Cível nº 1103859-69.2024.8.26.0100

Apelantes: Claudia Pucci Fernandes El Hage e Fauze Khaled El Hage

Apelado: Bradesco Saúde S/A

Comarca: São Paulo - Foro Central Cível – 8ª Vara Cível

Juiz(a) de 1ª Instância: Pedro Rebello Bortolini

Voto nº 2440

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. Plano de saúde. Procedimento cirúrgico eletivo realizado fora da rede credenciada. Negativa de reembolso integral. Limitação da responsabilidade do plano de saúde. Não abusividade. Reembolso que deve se ajustar ao que fora estabelecido em contrato. Sentença mantida. Recurso IMPROVIDO.

Vistos.

Trata-se de apelação interposta contra a sentença proferida as fls. 262/264, cujo relatório adoto, em que em sede de ação de reembolso por despesas médicas proposta por Claudia Pucci Fernandes El Hage e Fauzi Khaled El Hage em face de Bradesco Saúde S/A foi julgada improcedente, condenando-se a parte autora, ora apelante, ao pagamento das custas judiciais e dos honorários advocatícios fixados em 10% do valor atualizado da causa, em atenção ao artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil.

Inconformada, apela a parte autora (fls. 285/309), pela reforma da sentença, sustentando, em apertadíssima síntese, a abusividade das cláusulas contratuais que limitam o valor do reembolso por tratamento médico-hospitalar em rede não credenciada, requerendo a condenação da ré/apelada ao pagamento das despesas realizadas, sob o argumento de obscuridade das cláusulas contratuais em inobservância ao dever de informação clara e precisa a respeito da fórmula de cálculo de reembolso.

Contrarrazões as fls. 333/350.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Recurso formalmente em ordem, tempestivo e devidamente processado. Preparo devidamente recolhido conforme certificado as fls. 352.

Consta oposição ao julgamento virtual em fls. 355.

É O RELATÓRIO.

Inicialmente, inexistente inépcia recursal por afronta ao princípio da dialeticidade. Descabe a preliminar de acolhimento uma vez que desde que haja impugnação à decisão proferida e seja demonstrado interesse pela reforma da sentença, não há motivo para que não se conheça do recurso.

Desta feita, mesmo que a apelação repita os argumentos da inicial e/ou contestação, ainda assim as razões atacaram os fundamentos da sentença proferida e são aptas a ensejar sua anulação ou reforma.

Nesse sentido já decidiu o C.STJ:

“PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. APELAÇÃO. ART. 514 DO CPC. PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE. EVIDENCIADA A INTENÇÃO DE REFORMA DA SENTENÇA. “1. De acordo com a jurisprudência desta Corte, a mera reiteração na apelação das razões apresentadas na contestação, por si só, não é motivo suficiente para o não conhecimento do recurso, quando estejam devidamente expostos os motivos de fato e de direito que evidenciem a intenção de reforma da decisão recorrida, tal como ocorreu na hipótese dos presentes autos. 2. Agravo regimental a que se nega provimento.” (AgRg no AREsp 535574/ RS AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 2014/0150134-5; Relator: Ministro SÉRGIO KUKINA; T1 - PRIMEIRA TURMA; J: 11/11/2014; DJe 17/11/2014).



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Observa-se, ainda de início, que o contrato celebrado entre as partes se submete às regras da Lei nº 8.078/90, consoante o disposto na Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça: *"Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."*

E, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (artigo 47), caracterizando-se abusivas aquelas que o coloquem em desvantagem exagerada ou que sejam incompatíveis com a boa-fé e a equidade (artigo 51, IV).

Contudo, no mérito, a sentença deve ser confirmada pelos seus próprios e bem deduzidos fundamentos, que ficam também adotados como razão de decidir pelo desprovimento do apelo, nos termos do artigo 252 do Regimento Interno deste Tribunal, que dispõe: *"Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la"*.

Na Seção de Direito Privado, o dispositivo regimental tem sido utilizado para evitar inútil repetição e fazer cumprir o princípio constitucional da razoável duração dos processos.

O dever de custeio de tratamento especializado – seja em rede credenciada ou em atendimento particular, mediante reembolso – é indiscutível, cingindo a controvérsia quanto a legalidade da conduta da ré em negar o reembolso integral pelas despesas médicas havidas e devidamente comprovadas nos autos (fls. 44/58).

Crucial que ao analisar o direito da recorrente em ter seu tratamento custeado pela ré, sejam obedecidos os limites contratuais por ela legitimamente aceitos, como bem se depreende do contrato (fls. 144/211).

Assim, tem-se que o inconformismo da autora não apenas



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

afronta o contrato que a une à ré, como também a Lei nº 9.656/98, aplicável à espécie.

Isto porque não se pode olvidar que nos termos do artigo 17, da Lei nº 9.656/98 com a redação que lhe deu a Lei nº 13.003/14, a obrigação da ré em prestar diretamente ou custear serviços na área da saúde está limitada aos estabelecimentos e profissionais junto a ela credenciados; não fosse esta a dicção de tal dispositivo legal, não faria sentido referido diploma tratar da inclusão ou exclusão de algum prestador de serviço conveniado à operadora se plano de saúde, seja pessoa física ou jurídica.

Ou seja, o contratante que deliberadamente, opta por profissional ou estabelecimento não conveniados à prestadora de serviço, assume o risco e o óbvio ônus de arcar com as despesas deles oriundas, a menos que dentre eles não haja especialista médico e/ou hospital para a moléstia que o acometeu, circunstância que não se amolda ao caso (fls. 290/291).

Importante destacar, por oportuno, que, como não poderia deixar de ser, o contrato celebrado entre as partes prevê esse reembolso, desde que observados seus termos (fls. 169/170, item 8.1.2 e 8.1.4), nos quais há clara informação sobre as condições e os limites em que poderá ser exercido o direito de reembolso aqui almejado.

Tanto a lei quanto o contrato preveem que, 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, caberá o devido reembolso dentro dos limites das obrigações contratuais.

Não é cabível que, agora, o Judiciário promova modificação do contrato firmado entre as partes a fim de determinar reembolso integral das despesas médicas decorrentes de escolha de hospital e equipe feitas unilateralmente pela apelante, modificação esta que não se entende cabível e nem admissível, diante da inevitável violação legal e contratual que seriam consequentes, sob pena de se



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

gerar uma violação ao “*pacta sunt servanda*” e, portanto, criar-se uma instabilidade jurídica.

A revisão dos contratos é realizada não para se vulnerar o sinalagma, mas sim para correção de situação que se mostre ilegal.

A atuação da apelada está em consonância com os ditames legais, sendo certo que não é dado ao beneficiário escolher especificamente a clínica ou hospital às totais expensas do plano.

Por mais que a situação fosse de urgência, o que não se olvida, não está apta a autorizar o custeio total, pelo plano de saúde, de procedimento, médico e hospital particulares especialmente escolhidos pela autora.

Ademais, quando o consumidor opta por formalizar um contrato de plano de saúde, está, via de consequência, também optando pelos médicos estabelecimentos a ele credenciados. E o beneficiário que opta por hospital/médico diverso do da rede conveniada assume o custo de pagar a diferença entre a tabela praticada pelo plano e aquela do hospital não conveniado que escolheu para ser atendido. Entender de outra forma é dar ao consumidor o respaldo para que se beneficie de sua própria torpeza, optando, por exemplo, por um plano mais barato e pela livre escolha de médicos e hospitais.

Nesta toada, não consta dos autos qualquer outro documento que indique que o hospital e médico credenciados ao plano de saúde recorrido não seriam adequados para o tratamento da enfermidade que enfrentava a apelante, não consubstanciando causa excepcional o tratamento no hospital escolhido.

Em verdade, inexistente qualquer razão ou fundamento a amparar o pleito da apelante.

Como efeito, o plano de saúde não é obrigado a custear tratamento fora de sua rede credenciada quando não demonstrada a insuficiência ou inexistência de profissionais ou de instituição de saúde oferecidos pelo plano. A solução jurídica para o caso deve atentar para o *pacta sunt servanda*, à luz da



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

pactuação regida nos termos da Lei nº 9.656/98.

Dessa forma, a busca por profissional fora da rede do plano de saúde e em hospital não credenciado pelo plano, prestigiando a preferência pessoal da apelante, não pode se sobrepor ao contratado e, conseqüentemente, afasta a obrigação da apelada de proceder sua cobertura integral por desatender os limites do pactuado. Mesmo porque, geralmente, os planos de saúde não possuem mesmo coberturas ilimitadas.

Existindo a possibilidade de o segurado buscar atendimento em rede credenciada da operadora de saúde, mostra-se indevido obrigar a operadora do plano a arcar com os custos integrais do tratamento em clínica não credenciada.

É de se frisar que as regras estão expressas no contrato, conforme acima colacionado, e a tabela de referência para os reembolsos é documento público e disponível para consulta no site da operadora.

A jurisprudência deste E. TJSP já afastou a pretensão autoral de reembolso integral em casos análogos, senão vejamos:

APELAÇÃO. AÇÃO COMINATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. Sentença de procedência condenou a operadora de planos de saúde a reembolsar a integralidade das despesas hospitalares constituídas fora da rede credenciada, sob o fundamento de que as cláusulas de reembolso são demasiadamente genéricas, de forma a não respeitar a hipossuficiência e a vulnerabilidade técnica do consumidor. Insurgência da requerida. Argumentos de que as cláusulas contratuais de reembolso são legais e que cumpriu seu dever de informação. Aduz que a autora não procurou a requerida para esclarecimentos a respeito dos termos do reembolso. JULGAMENTO. Acolhimento das razões recursais. A autora celebrou contrato com a operadora ciente de que haveria limitação ao reembolso de despesas contraídas fora da rede credenciada. Ainda que a forma de



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

cálculo deste reembolso seja complexa, não há como se reconhecer um direito ao reembolso integral ao paciente que opta pelo atendimento fora da rede credenciada, sob pena de cancelar comportamento contraditório. Venire contra factum proprium. As regras estão expressas no contrato e a tabela de referência para os reembolsos é documento público, registrado em cartório e disponível para consulta no site da operadora. Sentença reformada. Recurso provido. Redistribuição dos ônus da sucumbência. (TJSP; Apelação Cível 1139074-77.2022.8.26.0100; Relator (a):Pastorelo Kfourir; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível -13ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/08/2024; Data de Registro: 22/08/2024).

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO MONITÓRIA – DESPESAS HOSPITALARES – Ação julgada procedente e denunciação à lide improcedente – Procedimento realizado fora da rede credenciada - Não abusividade da limitação da responsabilidade por parte da apelante – Existência de diferentes categorias de planos, com diferentes extensões da cobertura – Sinalagma contratual - Ciência do consumidor, no momento da contratação, acerca dos profissionais que compõem a rede credenciada da seguradora – Equilíbrio entre as partes – Não comprovada a alegada urgência e tampouco a inexistência de estabelecimento na rede credenciada - Recurso não provido.(TJSP; Apelação Cível 1005608-03.2022.8.26.0127; Relator (a):José Carlos Ferreira Alves; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Carapicuíba -2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/04/2024; Data de Registro: 23/04/2024).

APELAÇÃO. AÇÃO COMINATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. Sentença de procedência condenou a operadora de planos de saúde a reembolsar a integralidade das despesas



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

hospitalares constituídas fora da rede credenciada, sob o fundamento de que as cláusulas de reembolso são demasiadamente genéricas, de forma a não respeitar a hipossuficiência e a vulnerabilidade técnica do consumidor. Insurgência da requerida. Argumentos de que as cláusulas contratuais de reembolso são legais e que a sua aplicação é fundamental para a manutenção do equilíbrio contratual. JULGAMENTO. Acolhimento das razões recursais. O autor celebrou contrato com a operadora ciente de que haveria limitação ao reembolso de despesas contraídas fora da rede credenciada. Ainda que a forma de cálculo deste reembolso seja complexa, não há como se reconhecer um direito ao reembolso integral ao paciente que opta pelo atendimento fora da rede credenciada, sob pena de chancelar comportamento contraditório. Venire contra factum proprium. As regras estão expressas no contrato e a tabela de referência para os reembolsos é documento público, registrado em cartório e disponível para consulta no site da operadora. Sentença reformada. Recurso provido. Redistribuição dos ônus da sucumbência. (TJSP; Apelação Cível 1016501-22.2022.8.26.0008; Relator (a): Pastorelo Kfoury; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VIII - Tatuapé - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/09/2023; Data de Registro: 14/09/2023)

Assim, conclui-se que não houve ilicitude de conduta ou violação do contrato, devendo, no mérito, a sentença ser integralmente mantida, prestigiando-se o entendimento do julgador a quo, não comportando acolhimento do recurso.

Mesmo porque, inexistente prova de que a ré não detinha, na sua rede credenciada, profissionais aptos a realizar o procedimento cirúrgico de que a autora necessitava. Ao contrário, a parte autora informa justamente o contrário, ou seja, a clara opção por tratamento com médico especialista que já acompanhava o



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

paciente a mais de 25 anos.

Ora, respeitadas as particularidades do caso e o direito de escolha da apelante, há de se respeitar também a força obrigatória dos contratos e o quanto livremente contratado pela mesma.

O atendimento fora da rede tratou-se sim de uma escolha feita pela apelante, que ciente estava das limitações de cobertura do plano contratado e, como muito bem pontuado em sentença:

“A parte autora não alega tampouco demonstra que o cálculo de reembolso se deu ao arrepio do contrato, limitando-se a argumentar a abusividade da convenção contratual que restringe o reembolso.

(...)

Finalmente, verifica-se que, no caso dos autos, a parte autora quis submeter-se ao procedimento médico fora da rede credenciada, não havendo indicação alguma de que teria solicitado à parte ré a realização do ato por integrantes da sua rede, ou que a demandada não os teria fornecido. Também por isso, não se justifica o pretendido reembolso.”.

Assim, de rigor manter a r. sentença nos exatos termos em que proferida.

Ante o exposto, conheço do recurso para lhe **NEGAR PROVIMENTO**, mantendo a r. sentença pelos seus próprios e jurídicos fundamentos, e majorando a verba honorária devida ao patrono da apelada para 11% do valor da causa, nos termos do artigo 85, §11º, do CPC, observados os demais termos da sentença.

Consideram-se prequestionados todos os temas e dispositivos legais utilizados pelas partes na defesa de seus interesses, tendo em



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

vista que as matérias foram, efetivamente, decididas neste recurso. A oposição de embargos declaratórios protelatórios contra este acórdão poderá ensejar a condenação da parte embargante em multa de até 2% do valor da causa (art. 1.026, § 2º, do CPC).

RUI PORTO DIAS

Relator