



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000428401

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1010350-46.2022.8.26.0006, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelado HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A, é apelada/apelante VANESSA ALVES FERREIRA e Apelado ULTRA SOM SERVIÇOS MEDICOS S/A.

ACORDAM, em 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Deram provimento ao recurso do AUTOR e Negaram Provimento ao recurso da Ré. V. U.", de conformidade com o voto do Relator(a), que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente) E PEDRO DE ALCÂNTARA DA SILVA LEME FILHO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

RONNIE HERBERT BARROS SOARES
Relator
Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1010350-46.2022.8.26.0006

APELANTES E APELADOS: VANESSA ALVES FERREIRA E HPVIDA
ASSITÊNCIA MÉDICA S.A.

COMARCA: SÃO PAULO – FORO CENTRAL - 16ª VARA CÍVEL

MAGISTRADO (A) DE PRIMEIRO GRAU: PAULO BERNARDI BACCARAT

Voto nº 12406

EMENTA:

DIREITO DO CONSUMIDOR - APELAÇÃO CÍVEL DE
AMBAS AS PARTES – PLANO DE SAÚDE – BUSCA
DE ATENDIMENTO FORA DA ÁREA DE
COBERTURA – SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA –
REEMBOLSO TOTAL DE DESPESAS MÉDICAS –
RECURSO DA PARTE AUTORA PROVIDO E
IMPROVIDO O APELO DA RÉ.

Vistos.

1. Cuida-se de ação de responsabilidade por erro médico c/c compensação de danos materiais, perda de uma chance e danos morais julgada parcialmente procedente, às fls. 508/511, para condenar a ré ao pagamento de indenização por danos materiais até o teto de R\$74.971,71, observando-se os limites contratuais de reembolso. Em virtude da sucumbência, condenou o réu a arcar com 10% das custas processuais e honorários, que fixou em 20% do valor da condenação, e a autora no restante das despesas processuais e em honorários advocatícios arbitrados em 20% da diferença entre o valor da condenação e o valor da causa.

Ambas as partes recorrem.

Apela a ré em busca da improcedência. Afirma inexistir falha no serviço prestado e, tampouco, na ocorrência de danos

materiais advindos do atendimento fornecido. Subsidiariamente pugna pela redução dos danos materiais (fls. 520/526).

Por sua vez, a autora alega emergência no atendimento, ausência de profissional no local em que o beneficiário residia e impossibilidade de locomoção do contratante do plano, razão pela qual cabível o dano material sem qualquer limitação. Busca, ainda, a redução dos honorários advocatícios fixados (fls. 533/540).

Contrarrazões (fls. 55/558 da ré e 560/566 da autora).

Há oposição ao julgamento virtual da parte autora (fls. 582).

É o relatório.

2. A controvérsia gira em torno da possibilidade de reembolso total de procedimento realizado de forma emergência, fora da área de abrangência do contrato, bem como danos morais. Alega a parte autora ter adquirido, para o seu genitor, o plano de saúde réu, no ano de 2021. Assevera que o plano atendia não só o local da residência dele (Estado do Alagoas), como também o local do domicílio dela (Estado de São Paulo). Aduz que, em virtude de vários erros de diagnósticos e procedimentos realizados na cidade de seu pai, trouxe ele para São Paulo e, diante do seu quadro de emergência, optou por atendimento em rede não credenciada. Diz que ele veio a falecer por negligência da ré, porquanto diagnosticado com câncer agressivo e em estado avançado.

Dispõem as Súmulas 100 do TJSP e 608 do STJ

Súmula 100. 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



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

vigência desses diplomas legais.

Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Ainda, o art. 12, inciso VI da Lei 9.656/1998 estabelece a possibilidade de reembolso nos casos de urgência ou emergência:

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;

Retomando o caso concreto, incontroverso que o genitor da parte autora era contratante do plano de saúde da ré (fls. 79); o contrato de plano de saúde ao qual aderiu prevê cobertura em determinada área geográfica, abrangendo as localidades ali indicadas, dentre as quais não se inclui o município de São Paulo (fls. 81).

Também incontroverso que seu genitor, ainda que tenha realizado os procedimentos adequados dentro da rede credenciada,

nos limites das suas queixas, conforme bem asseverado pelo ilustre perito¹, é certo que a descoberta da neoplasia maligna, por ele acometida, ocorreu na cidade de São Paulo (fora da rede credenciada).

E, nos termos do art. 35-C, inc. I, da Lei nº 9.656/1998, é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de urgência, assim entendidos os que implicam *em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente*.

Aliás, C. STJ, já decidiu no sentido de que para o usuário de plano de saúde ter direito ao custeio das despesas médico-hospitalares realizadas por médico ou hospital não credenciado, fora da área de abrangência contratada, é necessária a ocorrência de situação de urgência ou emergência, a impossibilidade de utilização da rede credenciada, em razão da necessidade de atendimento célere, ou da indisponibilidade do tratamento ou procedimento nos hospitais legais.

¹ após minuciosa análise dos documentos acostados aos autos, consulta da literatura médica atualizada e em conformidade como preceitua a Resolução do Conselho Federal de Medicina, Nº 1.488, 11 de fevereiro de 1998, pode-se afirmar que: as diversas queixas apresentadas pelo pai da autora foram investigadas através de exames laboratoriais e de imagem pertinentes; não há elementos para estabelecer a data inicial da doença; não há rastreamento preconizado em literatura médica para câncer de ductos bíleo-pancreáticos na população em geral; a neoplasia dos ductos bíleo-pancreáticos é rara, em geral assintomática ou com sintomas inespecíficos, de difícil diagnóstico e prognóstico reservado.

Nesse sentido:

No caso de tratamento de cobertura obrigatória, em que não sejam ofertados serviços médicos próprios ou credenciados na localidade, a operadora do plano de saúde é responsável pelo custeio ou reembolso integral das despesas médicas realizadas pelo beneficiário. (EDcl no AgInt no REsp 2.062.903/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 30/10/2023, DJe de 9/11/2023).

Idem: (EAREspn. 1.459.849/ES, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

Quanto ao tema, a jurisprudência deste E. TJSP:

PLANO DE SAÚDE - Obrigação de fazer - Cerceamento de defesa - Dilação probatória desnecessária - Provas constantes dos autos suficientes para o convencimento do magistrado - Negativa de cobertura para o tratamento realizado fora da área de abrangência contratual, em rede não credenciada - Relação de consumo - Ré que não demonstrou que a sua rede credenciada, na área de abrangência contratada, pudesse oferecer o atendimento adequado ao autor - Situação de urgência bem caracterizada, diante da gravidade da enfermidade – Súmula 99/TJSP - Juros de mora a partir da citação nos termos do artigo 405 do Código Civil Verba honorária e percentuais de ônus de sucumbência arbitrados adequadamente - Sentença mantida - Recurso desprovido na parte conhecida. (TJSP; Apelação nº 0003769-03.2013.8.26.0536; Rel. Luiz Antonio de Godoy; Órgão julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Data de julgamento: 10/09/2019; Data de registro: 10/09/2019).

O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário de plano de saúde com tratamento/atendimento fora da rede credenciada é admitido apenas em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento, sendo essa a hipótese dos autos.

Nesse contexto, o reembolso deve ocorrer no valor



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

total desembolsado pela parte autora.

Por fim, diante da sucumbência recíproca, permanecem a ambas as partes as custas e despesas processuais.

Contudo, a verba honorária devida pela parte autora se mostra excessiva, devendo ser reformada para 15% sobre o valor da condenação.

3. Ante o exposto, **DÁ-SE PROVIMENTO AO RECURSO DA PARTE AUTORA E NEGA-SE PROVIMENTO AO APELO DA RÉ.** Incabível a majoração da verba honorária recursal à parte ré, porquanto arbitrada em seu patamar máximo.

RONNIE HERBERT BARROS SOARES
RELATOR