



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000428371

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1116176-02.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelado BRADESCO SAÚDE S/A, é apelada/apelante MARIA DE FÁTIMA ATALA ZANTUT.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma I (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **NÃO CONHECERAM O RECURSO INTERPOSTO PELA BENEFICIÁRIA E NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO INTERPOSTO PELA OPERADORA DE SAÚDE. V.U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores J. M. RIBEIRO DE PAULA (Presidente sem voto), OLAVO SÁ E REGINA APARECIDA CARO GONÇALVES.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

ALEXANDRE COELHO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1116176-02.2024.8.26.0100

Apte/Apda: Bradesco Saúde S/A

Apte/Apda: Maria de Fátima Atala Zantut

VOTO nº 32111/las

APELAÇÕES – PLANO DE SAÚDE – Reembolso de despesas médico-hospitalares – Sentença de parcial procedência – Insurgência das partes – Recurso da beneficiária autora – Não conhecimento – Não formulado pedido de concessão da gratuidade de justiça no curso da demanda – Interposição da apelação sem que recolhido o respectivo preparo – Determinação de recolhimento do preparo em dobro, sob pena de deserção – Providência não atendida – Deserção operada – Recurso da operadora de saúde ré – Sentença que determina o reembolso dos honorários médicos cujo desembolso foi efetivamente comprovado – Alegação de que a modalidade do contrato “Plano 00” não permite o reembolso de honorários médicos – Expressa previsão contratual de reembolso de honorários médicos – Alegação de que, no plano contratado, os cálculos resultariam em ausência que qualquer reembolso – Método adotado para definição do reembolso que é excessivamente complexo e de difícil compreensão – Ausência de clareza acerca da forma de cálculo ou indicação dos valores a serem aplicados na fórmula correspondente aos reembolsos – Violação ao dever de informação verificada – Inteligência dos arts. 6º, III, e 46 do CDC – Precedentes deste TJSP em casos análogos, envolvendo o mesmo tipo de contrato e operadora de saúde – **Sentença mantida – NÃO CONHECERAM O RECURSO INTERPOSTO PELA BENEFICIÁRIA E NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO INTERPOSTO PELA OPERADORA DE SAÚDE.**

Trata-se de apelações interpostas pelas partes contra a respeitável sentença, cujo relatório ora se adota, que julgou parcialmente procedente a demanda ajuizada pela beneficiária do plano *“para condenar a ré para reembolsar a autora na quantia de R\$19.000,00, com atualização monetária desde a data do desembolso e com juros de mora, a contar da citação. Quanto aos encargos moratórios, a atualização do valor deverá observar os seguintes parâmetros: (a) até 27/08/2024 (inclusive), a correção monetária deverá se dar pela Tabela Prática do E. TJ/SP, e os juros de mora são de 1% ao mês, contados desde a citação; (b) a partir de 28/08/2024 (início da vigência da Lei n. 14.905/2024, art. 5º, II), os encargos são devidos com correção monetária pelo IPCA (art. 389, parágrafo único, do Código Civil) e com juros de mora pela diferença entre a SELIC e o IPCA (art. 406 do Código Civil), calculada mensalmente pelo Banco Central, conforme resolução CMN nº 5.171/24), considerando 0 (zero), para efeito de cálculo dos juros no*

período de referência, caso a taxa legal (SELIC subtraída pelo IPCA) apresente resultado negativo”. Em razão da sucumbência, foi a parte ré também condenada ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da condenação.

Busca a operadora de saúde a reforma da r. sentença. Afirma, em síntese, que a apólice da beneficiária, correspondente ao “Plano 00”, não prevê o reembolso das despesas com honorários médicos. Invoca a necessidade de preservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, reiterando a licitude de sua conduta. Requer, assim, o provimento do recurso *“a fim de reformar a r. sentença de primeiro grau e, consequentemente, se julgar totalmente improcedente a presente demanda, determinado que o reembolso deve ser zero para honorários médicos, conforme contrato pactuado entre as partes”*.

Apela também a beneficiária do plano de saúde para que reformado parcialmente o *decisum*, com a condenação da operadora a indenizá-la por danos morais no importe sugerido de R\$ 15.000,00.

Foram apresentadas contrarrazões pela operadora de saúde.

Em exame de admissibilidade dos recursos interpostos, determinada a complementação do preparo pela operadora e o recolhimento do preparo em dobro pela beneficiária (fl. 180). A operadora comprovou o recolhimento do valor complementar referente ao preparo às fls. 185/186.

Não houve oposição ao julgamento virtual do recurso.

É o relatório.

De início, **tem-se que o recurso interposto pela beneficiária do plano de saúde não deve ser conhecido**. Com efeito, não formulado pedido de concessão da gratuidade de justiça no curso da demanda. Destaca-se, inclusive, que devidamente recolhidas as custas iniciais e de citação da ré pela autora (fls. 21/22 e fls. 48/50).

Após a prolação da r. sentença, a beneficiária interpôs recurso de apelação, no qual também não formulado pedido de gratuidade de justiça, sem

comprovar o recolhimento do valor do preparo recursal, razão pela qual a ela determinado, *“no prazo de cinco dias, promover ao respectivo recolhimento em dobro, também sob pena de deserção (artigo 1.007, § 4º, CPC)”* (fl. 180). A coapelante, contudo, não cumpriu a determinação (fl. 192).

A esse respeito, dispõe o artigo 1.007 do Código de Processo Civil que: *“No ato de interposição do recurso, o recorrente comprovará, quando exigido pela legislação pertinente, o respectivo preparo, inclusive porte de remessa e de retorno, sob pena de deserção”*. E o § 4º deste mesmo dispositivo estabelece que: *“O recorrente que não comprovar, no ato de interposição do recurso, o recolhimento do preparo, inclusive porte de remessa e de retorno, será intimado, na pessoa de seu advogado, para realizar o recolhimento em dobro, sob pena de deserção”*.

Nesse contexto, **constituindo o preparo requisito extrínseco de admissibilidade dos recursos e não tendo sido recolhido na oportunidade em que lhe foi concedida, operada está a deserção, sendo inviável a apreciação do mérito da apelação interposta pela beneficiária do plano de saúde, por falta de atendimento a requisito de admissibilidade.**

Em relação à apelação interposta pela operadora de saúde, atendidos os requisitos de admissibilidade, o recurso é recebido no duplo efeito, nos termos do artigo 1.012, *caput*, do CPC.

Trata-se de demanda ajuizada pela beneficiária em face da operadora de plano de saúde, por meio da qual objetiva a condenação da ré *“ao reembolso das despesas médicas antecipadas pela autora, com a devida correção monetária e juros de mora desde a data do desembolso; (...) ao pagamento dos custos não solvidos relativos aos honorários do cirurgião, corrigidos e acrescidos dos juros moratórios; e (...) ao pagamento de indenização pelos danos morais impostos à autora em decorrência dos fatos expostos no valor de R\$15.0000,00 (quinze mil reais)”* (fl. 17).

O MM. Juízo *a quo* julgou parcialmente procedente a demanda, considerando que:

“Tendo em mente a função social do contrato, o dever de estabelecer trocas úteis e justas em sociedade, deve ser retribuída a prestação, com a cobertura exigida, mediante tratamento necessário e adequado.

Nesse passo, não assiste razão à requerida ao pretender escudar-se de suas obrigações baseadas na irretroatividade da Lei nº. 9.656/98, e menos ainda arguindo que há previsão de cláusula contratual excluindo a cobertura requerida pela autora. E isso ocorre pelo fato de a relação de consumo ser regida pela legislação consumerista.

Verifica-se que o contrato em questão é de adesão, no qual as condições são impostas ao contratante, sem espaço para negociação. Nesse contexto, é imprescindível garantir o equilíbrio contratual e a boa-fé, tanto na celebração quanto na execução do

pacto, especialmente em relação aos bens tutelados pela Constituição, como a vida, saúde e integridade física. Assim, eventual cláusula que exclua cobertura essencial para o tratamento de doença deve ser declarada nula, com base no artigo 51, § 1º, inciso II, do Código de Defesa do Consumidor.

(...)

Agora, tratando-se de reembolso de despesas médicas, atenta aos limites e objeto do contrato, fls. 24 e seguintes, é de se ter em mente que somente as despesas efetivamente desembolsadas pela autora permitem a restituição, como preleciona o art. 12, VI, da Lei de Planos de Saúde.

Assim sendo, somente as despesas comprovadas nas fls. 39/43 serão ressarcidas.

Definido o dever do reembolso, passo a analisar o pedido de danos morais, concluindo, desde logo, pelo descabimento do pleito, entendimento já pacificado na jurisprudência (...)

Pois bem.

Com efeito, consta do contrato firmado entre as partes, apresentado pela ré junto à contestação, que excluídas da cobertura do seguro as despesas relativas a “b) honorários médicos naquilo que ultrapassar os limites constantes da apólice” (Cláusula 3, “b” – fl. 107). Em relação aos limites para reembolso de honorários médicos, previsto no contrato que:

“5 – LIMITES PARA HONORÁRIOS MÉDICOS

5.1- Os honorários médicos e de seus auxiliares serão reembolsados ao Segurado, tomando-se com a base três fatores:

o plano subscrito pelo segurado:

a quantidade de URS (Unidades de Reembolso de Seguro) equivalente ao procedimento e determinada pela Tabela de Honorários Médico-Hospitalares para o Seguro de Reembolso (Portaria 116/79 do Ministério da Previdência e Assistência Social); e

o valor da URS vigente à época do evento, sujeito às mesmas condições de reajuste monetário previstas para as mensalidades nas alíneas “a” e “b” da Cláusula 13.1 destas Condições Gerais.” (fl. 109)

Em contestação, a operadora de saúde sustenta que “o Plano 0000 não tem cobertura prevista para honorários médicos. No caso de reembolso de honorários, o limite é o resultado da multiplicação dos seguintes fatores: o número do plano subscrito pelo segurado (no caso em questão plano zero), a quantidade de URS previstas na Tabela MPAS/79 e o valor da URS vigente a época do evento e das condições do plano subscrito, que no caso em tela, tratando-se de Plano Médico 00 é igual a zero” (fl. 63).

Contudo, não há nos autos qualquer informação adicional a embasar a forma de cálculo que a operadora alega incidir sobre os reembolsos contratuais. O método adotado para definição do reembolso é excessivamente complexo e de difícil compreensão, e não há no contrato ou no cartão do plano de saúde (fl. 23) referência ao “Plano 00”.

Ademais, ausente qualquer informação ou comprovação nos autos de qual seria o valor do URS vigente à época da realização do procedimento cirúrgico ou dos parâmetros de fixação do coeficiente, de forma que a operadora não observou o dever de informação previsto no artigo 6º, III e 46 do Código de Defesa do Consumidor.

Nesse contexto, de rigor a manutenção da determinação de reembolso dos valores efetivamente despendidos pela beneficiária do plano.

Em casos como o presente, envolvendo a mesma operadora de saúde e a mesma modalidade de contrato (“Plano 00”), assim já reiteradamente decidido por este E. Tribunal de Justiça:

APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS – NEGATIVA DE REEMBOLSO DE HONORÁRIOS MÉDICOS – CLÁUSULA CONTRATUAL AMBÍGUA – INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR – INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – SÚMULAS 100 DO TJSP E 608 DO STJ – DANO MORAL CONFIGURADO – SENTENÇA MANTIDA. I. CASO EM EXAME: Recurso de apelação interposto pela operadora de plano de saúde contra sentença que julgou parcialmente procedente ação indenizatória, condenando a ré a reembolsar a autora por despesas médicas comprovadas documentalmente nos autos e a pagar indenização por danos morais. A ré pretende a reforma do julgado, sob a argumentação de que o contrato não prevê reembolso de honorários médicos, de modo que os pedidos inaugurais devem ser desacolhidos. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO: 2. Consiste em se analisar se há legalidade na recusa de cobertura pautada na alegação de excludente contratual e na verificação da existência de danos materiais e morais passíveis de reparação. III. RAZÕES DE DECIDIR: 3. Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, conforme o disposto nos artigos 2º e 3º do CDC e na Súmula nº 608 do STJ. 4. Negativa de reembolso de honorários médicos sob alegação de excludente contratual. Cláusula ambígua e de difícil compreensão, violando os princípios da transparência e da interpretação mais favorável ao consumidor (arts. 46 e 47 do CDC), impondo-se o reembolso integral dos valores pagos a título de honorários médicos, desde que comprovados. 5. Contrato de trato sucessivo. Aplicação da Lei nº 9.656/1998, ainda que a apólice tenha sido firmada anteriormente à sua vigência, conforme entendimento consolidado na Súmula nº 100 do TJSP. 6. Comprovação do pagamento de despesas médicas. Dever de reembolso dos valores devidamente demonstrados nos autos. 7. Dano moral configurado. Recusa indevida que gerou angústia e frustração à segurada, extrapolando o mero dissabor. Indenização fixada em R\$ 5.000,00, quantia razoável e proporcional, em consonância com os precedentes do STJ e do TJSP. IV. Dispositivo e Tese 8. Recurso desprovido, mantendo-se a sentença que julgou procedentes os pedidos iniciais e a condenação ao pagamento de danos morais de R\$ 5.000,00, observando-se que o quantum será corrigido pela Tabela Prática do Egrégio TJSP, desde a data da publicação da sentença, a teor do preconizado pela Súmula 362 do C.STJ, e com a aplicação de juros de mora pela SELIC, descontada a correção ora estabelecida, com fulcro no preceituado pela novel Lei 14.905 de 2024, desde a data da citação, à vista de a responsabilidade civil ora

reconhecida decorrer da avença contratual entabulada pelas partes. Tese de julgamento: 1. A recusa injustificada de reembolso por plano de saúde configura falha na prestação do serviço e gera dano moral indenizável. 2. A indenização por danos morais deve atender às funções compensatória e punitiva, respeitando os princípios da razoabilidade e proporcionalidade. 3. Honorários advocatícios majorados de 10% para 15% sobre o valor da condenação, nos termos do artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor, arts. 2º, 3º, 6º, VIII, 14, 20, 46, 47, 51, IV; Código Civil, arts. 186, 405, 927; Constituição Federal, art. 5º, V e X. Jurisprudência Citada: TJSP, Apelação 1002875-94.2022.8.26.0408, Rel. Schmitt Corrêa, j. 28.06.2024; TJSP, Apelação 1013415-23.2023.8.26.0068, Rel. Donegá Morandini, j. 30.04.2024; TJSP, Apelação 1018068-41.2023.8.26.0562, Rel. Viviani Nicolau, j. 12.03.2024.2. (TJSP; Apelação Cível 1014373-73.2024.8.26.0100; Relator (a): Mário Chiuvite Júnior; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 37ª Vara Cível; Data do Julgamento: 05/03/2025; Data de Registro: 05/03/2025) – realces não originais.

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. Ação de indenização por danos morais. Sentença de procedência. Insurgência da requerida. Não acolhimento. Negativa da operadora de reembolsar, integralmente, as despesas médico-hospitalares e honorários da equipe médica. Cláusula contratual que não esclarece de forma objetiva e de fácil compreensão os critérios para cálculo do reembolso. Operadora que sequer esclarece o motivo pelo qual não seria devido nenhum valor de reembolso a título de honorários médicos, mesmo com previsão expressa no contrato de reembolso das despesas. Violação ao dever de informação clara e objetiva ao consumidor e da boa-fé contratual. Dever da ré de reembolsar de forma integral as despesas médico-hospitalares e os honorários médicos. Sentença mantida. Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1071562-43.2023.8.26.0100; Relator (a): Coelho Mendes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 39ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/09/2024; Data de Registro: 23/09/2024) – realces não originais.

AGRAVO INTERNO - Interposição contra decisão do relator que negou seguimento aos recursos - Inconformismo - Desacolhimento - Sentença apelada que julgou parcialmente procedente o pedido de reembolso dos

honorários médicos - Doença acometida pelo autor que está acobertada pelo contrato de plano de saúde firmado entre as partes, limitando-se a ré a alegar a legitimidade da negativa de cobertura por se tratar de contrato antigo não adaptado à Lei n. 9.656/98 - Abusividade da negativa de cobertura dos honorários médicos, pois restringe direito inerente à natureza do contrato, nos termos do art. 51, § 1º, inc. II, do Código de Defesa do Consumidor, aplicando-se ao caso, ainda, a Súmula 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça - Decisão mantida - Recurso desprovido. (TJSP; Agravo Interno Cível 1000795-08.2022.8.26.0587; Relator (a): J.L. Mônaco da Silva; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Sebastião - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 16/08/2023; Data de Registro: 16/08/2023) – realces não originais.

AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. Negativa de custeio de parte das despesas médico-hospitalares. Necessária reconstrução de mama após mastectomia. Providência indispensável ao próprio ato cirúrgico, sem finalidade estética e prescrita pelo médico. Contrato anterior à Lei 9656/98 e não adaptado. Impossibilidade, no caso, de observância desse regramento, na forma definida pelo STF (Tema 123). Observância, porém, do Código de Defesa do Consumidor. Previsão contratual expressa quanto à cobertura de cirurgias restauradoras (item 3.g). Contrato que prevê cobertura dos honorários médicos (item 2.4, a). Sustentada alegação de que o plano escolhido tem a mencionada cobertura igual a zero. Existência, aqui, de informações contraditórias e inadequadas à consumidora, na forma do art. 47 do CDC. Nulidade da cláusula. Dever de reembolso integral das despesas. Precedentes. APELO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1079316-70.2022.8.26.0100; Relator (a): Donegá Morandini; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 39ª Vara Cível; Data do Julgamento: 22/06/2023; Data de Registro: 22/06/2023) – realces não originais.

Apelação cível. Seguro saúde. "Ação de cobrança" (sic). Sentença que condenou a ré ao reembolso dos honorários médicos, nos limites do contrato. Inconformismo de ambas as partes. Atendimento médico prestado à segurada em hospital da rede credenciada. Ré que se recusou a cobrir os honorários médicos, alegando que o plano, por ser tipo "plano 00", não previa cobertura para honorários médicos. Descabimento. Inexistência de comprovação de que a requerente foi adequadamente informada sobre a inexistência de reembolso de honorários médicos. Cópia

do contrato trazido pela autora que previa o custeio de honorários médicos, diretamente ou por meio de reembolso, sendo legítima a sua expectativa no ressarcimento de tais despesas. Serviço que foi prestado em hospital da rede credenciada. Inexistência de justificativa para a recusa no reembolso integral. Sentença reformada. Recurso da ré desprovido, provido o recurso da autora para julgar procedente a ação e condenar a ré ao reembolso integral dos honorários médicos decorrentes do procedimento objeto dos autos, com inversão dos encargos da sucumbência, nos termos da fundamentação. (TJSP; Apelação Cível 1059129-80.2018.8.26.0100; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 19ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/11/2020; Data de Registro: 23/11/2020) – realces não originais.

Assim, de rigor integral manutenção da r. sentença.

Incabível, na espécie, a fixação de honorários recursais ante a ausência de trabalho adicional do patrono da parte contrária nesta instância.

Com o intuito de se evitar a necessidade de oposição de embargos declaratórios para o específico fim de prequestionamento, como forma de se viabilizar a interposição de recursos nas instâncias superiores, fica, desde logo, prequestionada toda a matéria apontada, seja ela constitucional ou infraconstitucional e até mesmo infralegal, na medida em que houve a análise e consequente decisão em relação a todas as questões controvertidas, ressaltando que há muito já se pacificou o entendimento de que não está o colegiado obrigado a apreciar individualmente cada um dos dispositivos legais suscitados pelas partes, competindo a estas, no mais, observar o disposto no artigo 1026, §2º do CPC.

Ante o exposto, pelo presente voto, **NÃO SE CONHECE da apelação interposta pela beneficiária do plano de saúde e NEGA-SE PROVIMENTO à apelação interposta pela operadora de saúde**, nos termos supraexpostos.

ALEXANDRE COELHO

Relator