



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000440964

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1069471-43.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA, é apelada IVANILDE SAMPAIO DOS SANTOS.

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

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

São Paulo, 6 de maio de 2025.

RUI PORTO DIAS

Relator

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº 1069471-43.2024.8.26.0100

Apelante: Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda

Apelado: Ivanilde Sampaio dos Santos

Comarca: São Paulo - 37ª Vara Cível

Juiz(a) de 1ª Instância: Adriana Cardoso dos Reis

Voto nº 3049

APELAÇÃO CÍVEL. Ação de restituição de valores e indenização por danos morais. Plano de Saúde. Despesas médico-hospitalares fora da Rede Credenciada. Sentença de procedência. Insurgência da ré. Acolhimento. Comprometimento Existência de rede assistencial. Negativa de cobertura não configurada. Opção da autora pelo procedimento junto à sua médica particular em nosocômio não integrante da rede referenciada como profissional médico que também não o era, de modo que resta clara a opção pelo procedimento com médico de confiança. Reconhecido o dever de reembolso não integral, nos termos do contrato. Reembolso a despesas dentro da rede credenciada, salvo em casos de urgência sem opção de atendimento na rede. A escolha por atendimento fora da rede credenciada, quando há opções disponíveis, não obriga o reembolso integral. Sentença reformada. Honorários readequados. RECURSO PROVIDO.

Vistos.

Trata-se de apelação interposta contra a sentença proferida as fls. 164/169, cujo relatório adoto, em que em sede de ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos materiais proposta por Ivanilde Sampaio dos Santos em face de Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda foi julgada procedente para condenar a ré a ressarcir a autora no valor de R\$ 6.206,30 (seis mil, duzentos e seis reais e trinta centavos), condenando-a ainda ao pagamento de custas e despesas processuais, nos termos do artigo 85, §2º, do Código de Processo Civil, em 10% (dez por cento) sobre o valor total da condenação.

Inconformada, apela a parte ré (fls. 172/181), sustentando, em apertada síntese, a inexistência de negativa de cobertura, mas tão somente a o direcionamento do tratamento à hospital integrante de sua rede referenciada, bem como a liberação de todos os procedimentos indicados pela médica da autora.

Sustenta que apenas situações de emergência/urgência ensejam o reembolso integral por despesas médicas havidas fora da rede referenciada, requer a inversão da sentença. Subsidiariamente, requer que o reembolso se dê de acordo com o valor praticado pelo procedimento na rede referenciada.

Contrarrazões as fls. 188/192.

Recurso formalmente em ordem, tempestivo e devidamente processado. Preparo recursal devidamente recolhido.

Não consta oposição ao julgamento virtual.

É O RELATÓRIO.

O recurso merece provimento.

A priori, é crucial ressaltar que as operadoras de planos de saúde devem seguir, não apenas a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), que é de ordem pública e cogente, mas também o Código de Defesa do Consumidor, conforme súmula 608 do C. STJ:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. STJ. 2ª Seção. Aprovada em 11/04/2018, DJe 17/04/2018.”

Ou seja, em contrato de plano de saúde (com entidade diferenciada daquelas de autogestão) a relação existente entre as partes é eminentemente consumerista, o que quer dizer que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas da forma mais benéfica ao consumidor, por ser parte vulnerável da relação contratual, com o fim de garantir o exercício pleno do direito fundamental à saúde.

Pois bem.

Compulsando os autos, verifica-se que não há, entre a autora e a ré, qualquer controvérsia no tocante à existência e ao teor do contrato de prestação de serviços que as une, bem como também já dissolvida a discussão que envolvia a obrigação de fazer, haja vista que a ré admite expressamente o direito de

sua cliente em ser reembolsada parcialmente pelos gastos decorrentes do procedimento ao qual se submeteu em rede não credenciada. Não é ponto controvertido tampouco o reembolso dos honorários médicos na forma do contrato uma vez que a médica escolhida pela autora não faz parte do corpo clínico da operadora.

A controvérsia restringe-se exclusivamente acerca do dever de reembolso das despesas hospitalares serem ou não pagas na de forma integral.

Porém é importante, ao analisar o direito da autora em ter seu tratamento custeado pela ré, sejam obedecidos os limites contratuais firmados entre as partes e legitimamente aceitos.

Assim, tem-se que o inconformismo da autora não apenas afronta o contrato que a une à ré, como também a Lei nº 9.656/98, aplicável à espécie.

Ainda é necessário se esclarecer que inicialmente a demanda informa ter sido solicitada realização de procedimento em hospitais (Oswaldo Cruz ou Santa Rita), e diante da demora na resposta a autora optou pelo Hospital Villa Lobos da rede D'or, este **não** referenciado pela operadora.

Assim sendo o hospital escolhido pela autora não faz parte daqueles elencados no contrato firmado entre autora e requerida.

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. 43).

A lei, portanto, previamente estabelece 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.

Assim, não é cabível ao Judiciário promover modificações do contrato firmado entre as partes a fim de determinar reembolso integral das despesas médicas decorrentes de escolha de equipe médica feita unilateralmente pela autora, modificação esta que não se entende cabível e nem admissível, diante da inevitável violação legal e contratual que seriam consequentes, sob pena de se 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.

Em resumo, a escolha do consumidor por profissionais de fora da rede credenciada implica o pagamento da diferença entre o valor total das despesas e o limite de reembolso previsto no contrato, não sendo legítima a pretensão de reembolso integral.

A propósito:

“RECURSO INOMINADO DO AUTOR. Plano de saúde. Cirurgia realizada em nosocômio credenciado, com cobertura integral da recorrida. Desejo do recorrente de que a recorrida também cubra inteiramente, e não apenas em parte, toda a equipe médica que participou do ato, mas que não é vinculada à ré. Reembolso parcial deferido pela recorrida que respeita os limites contratuais. **Recorrente que não pode escolher profissionais de fora da rede credenciada, a menos que se proponha a custear a diferença entre o reembolso realizado pela recorrida e o**



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

valor total dos honorários dos médicos que selecionara.

Respeito ao artigo 17-A, § 1º, da Lei nº 9.656/98 - Precedentes RECURSO DESPROVIDO, nos termos do artigo 46, da Lei nº 9.099/95. (Recurso Inominado Cível nº 1018585-08.2022.8.26.0004; Rel. Marco Antônio Barbosa de Freitas; data: 07/02/2024).

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. RECURSO INOMINADO. REEMBOLSO DE GASTOS REALIZADOS FORA DA REDE CREDENCIADA. LIMITAÇÃO AOS VALORES CONTRATUAIS. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO DE REEMBOLSO INTEGRAL. RECURSO PROVIDO. I. CASO EM EXAME Recurso inominado interposto pela ré contra sentença que a condenou a reembolsar integralmente os gastos realizados pela parte autora com profissionais fora da rede credenciada do plano de saúde. A ré sustenta que o reembolso deve observar os limites contratuais. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO Há uma questão em discussão: se o reembolso dos gastos realizados pela parte autora fora da rede credenciada deve ser integral ou limitado aos valores previstos no contrato. III. RAZÕES DE DECIDIR O atendimento fora da rede credenciada, em situações de urgência ou emergência, deve ser coberto pelo plano de saúde, conforme prevê a legislação aplicável. Contudo, o reembolso de tais despesas está sujeito às cláusulas contratuais que estabelecem limites para os valores a serem restituídos, nos termos do artigo 17-A, § 1º, da Lei n. 9.656/98. **A escolha do consumidor por profissionais de fora da rede credenciada implica o pagamento da diferença entre o valor total das despesas e o limite de reembolso previsto no contrato, não sendo legítima a pretensão de reembolso integral.** O contrato firmado entre as partes respeita os preceitos legais e não há qualquer nulidade que justifique o reembolso integral fora dos limites estabelecidos, razão pela qual a sentença deve ser

reformada. IV. DISPOSITIVO E TESE Recurso provido para limitar o reembolso dos gastos realizados fora da rede credenciada aos valores estabelecidos no contrato. Tese de julgamento: O reembolso de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada de plano de saúde, ainda que em situações de urgência ou emergência, deve ser limitado aos valores previstos no contrato, conforme o artigo 17-A, § 1º, da Lei n. 9.656/98. Dispositivos relevantes citados: Lei n. 9.656/98, art. 17-A, § 1º; Lei n. 9.099/95, art. 46. Jurisprudência relevante citada: TJSP, Recurso Inominado Cível nº 1018585-08 .2022.8.26.0004, Rel. Marco Antônio Barbosa de Freitas, j. 07/02/2024. (TJ-SP - Recurso Inominado Cível: 00018022820248260152 Cotia, Relator.: Marcio Bonetti, Data de Julgamento: 23/09/2024, 6ª Turma Recursal Cível, Data de Publicação: 23/09/2024) – grifei.

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

Tal fato ensejaria desequilíbrio contratual, sobretudo considerando a hipótese em apreço, na qual existia hospital e profissional qualificados em rede credenciada, tal como consta de resposta à solicitação copiada às fls. 43. 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



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

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 a execução de procedimento por médico escolhido.

Em verdade, inexistente qualquer razão ou fundamento a amparar o pleito da autora. 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 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 por especialista não credenciado.

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

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

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 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 1139074-77.2022.8.26.0100; Relator (a):Pastorelo Kfoury; 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 denúnciação 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 – Sinalágma 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 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



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

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 Kfourir; 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, não vislumbro, diante do quadro, violação de conduta por parte da apelante, concluindo que não houve violação do contrato ou abusividade a ser declarada que possa ensejar a restituição integral pelas despesas havidas e comprovadamente despendidas pela autora.

É lícita a cláusula que limita a cobertura do atendimento médico-hospitalar dentro da sua rede credenciada. A opção da parte por procurar médico e tratamento particular, de sua preferência, fora da rede credenciada, afasta qualquer ilicitude na conduta do plano em recusar sua cobertura, além do reembolso contratualmente pactuado.

O caso não trata de recusa de cobertura por discordância do tratamento indicado, mas de escolha de profissional de saúde fora da rede credenciada quando o plano de saúde apresenta, do apurado nos autos, profissionais competentes e habilitados para o caso noticiado, na própria rede de atendimento.

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.

Em contrapartida, em diversos momentos a apelante aduz ter optado pelo médico não credenciado, em hospital integrante da rede credenciada (fls.

03, 54, 57 e 151). Ora, respeitadas as particularidades do caso e o direito de escolha da apelada, há de se respeitar também a força obrigatória dos contratos e o quanto livremente contratado pela mesma.

O atendimento por médico particular tratou-se sim de uma escolha feita pela apelada, que ciente estava das limitações de cobertura do plano contratado, de modo que se atribuir a condição de consumidor não torna a pessoa imune aos contratos aos quais se vincula.

Assim, de rigor a reforma da r. sentença, acolhendo-se do recurso, para fins de que o reembolso devido ocorra na sua forma contratualmente estabelecida.

Ante o exposto, voto pelo **PROVIMENTO** ao recurso, reformando a sentença de fls. 164/169, para o fim de condenar a apelante a restituir à autora/apelada a quantia de R\$ 3.299,90 (três mil, duzentos e noventa e nove reais e noventa centavos) com incidência de correção monetária desde o desembolso, e juros de mora desde a citação. Consignando que após 30/08/2024, a correção monetária será computada pelo índice IPCA, e os juros de mora serão computados à taxa legal correspondente à diferença entre a taxa SELIC e o IPCA. (art. 389, parágrafo único, e artigo 406, §1º, do Código Civil, com as alterações promovidas pela Lei nº 14.905, de 28 de junho de 2024).

Ante a presente decisão, entendo que as partes sucumbiram em igual proporção, motivo pelo qual devem ratear em metade as custas e despesas processuais, condenando-se as partes em honorários sucumbenciais em favor do patrono da parte contrária em 10% sobre o valor da condenação, conforme art. 85, §2º e 8º do CPC. Vedada a compensação de honorários e observado, sobretudo, eventual gratuidade de justiça.

Consideram-se prequestionados todos os temas e dispositivos legais utilizados pelas partes na defesa de seus interesses, tendo em vista que as matérias foram, efetivamente, decididas neste recurso.

A oposição de embargos declaratórios protelatórios contra



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

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