



Número: **0042786-14.2013.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora EDINÉA OLIVEIRA TAVARES**

Última distribuição : **22/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 42.000,00**

Processo referência: **0042786-14.2013.8.14.0301**

Assuntos: **Pagamento**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
UNIMED BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELANTE)		SUZY BRITO SOUSA (ADVOGADO)	
ROSILENE GONCALVES ROBERT (APELADO)		PEDRO PAULO CAVALERO DOS SANTOS (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21402 29	28/08/2019 11:18	Acórdão	Acórdão



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO (198) - 0042786-14.2013.8.14.0301

APELANTE: UNIMED BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

APELADO: ROSILENE GONCALVES ROBERT

RELATOR(A): Desembargadora EDINÉA OLIVEIRA TAVARES

EMENTA

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. INEXISTÊNCIA DE ESTABELECIMENTO CREDENCIADO NO LOCAL. APELANTE NÃO LOGROU COMPROVAR AS ALEGAÇÕES DE QUE POSSUI MÉDICOS E HOSPITAIS QUE REALIZEM O TRATAMENTO. LIMITE DO REEMBOLSO ÀS CLÁUSULAS CONTRATUAIS. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. REFORMA PARCIAL DO *DECISUM* SINGULAR.

1. É sabido que, em regra, o beneficiário de plano de saúde deve se valer apenas dos serviços constantes da lista de cobertura de conveniados do plano. Em casos excepcionais, entretanto (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, etc.) é devido o reembolso dos valores dispendidos pelo beneficiário com o tratamento de saúde. Análise sistêmica da Lei nº 9.656/98, Resolução Normativa 259/11 da ANS e do Código de Defesa do Consumidor.

2. Ainda que a recorrente tenha por diversas vezes alegado ao longo do processo que possui uma série de hospitais credenciados em todo o Brasil, pelo que não haveria necessidade de a parte adversa recorrer a um hospital que não está abrangido pelo contrato, em momento algum colacionou aos autos comprovação de tais afirmações.

3. É cabível o pedido feito pela Apelante no que se refere à necessidade de que o reembolso das despesas médico-hospitalares se limite à tabela contratual da operadora, nos termos do inciso VI do Art. 12 da Lei nº 9.656/98 e do entendimento do Superior Tribunal de Justiça

4. Recurso conhecido e parcialmente provido



RELATÓRIO

A EXMA. SRA. DESEMBARGADORA EDINÉA OLIVEIRA TAVARES (RELATORA):

Trata-se de apelação cível interposta por UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO objetivando a reforma da sentença proferida pelo Juízo da 11ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém, que julgou procedentes os pedidos formulados em AÇÃO DE COBRANÇA ajuizada por ROSILENE GONÇALVES ROBERT.

O *decisum* de Id. 1042441 condenou a Apelante ao pagamento de R\$ 42.000,00 (quarenta e dois mil reais) a título de reembolso dos valores gastos pela Apelada em seu tratamento de saúde, realizado em instituto não credenciado pelo plano de saúde.

Inconformada, a recorrente interpôs Apelação ao Id. 1042442 alegando, em síntese, que a saúde suplementar é regulada pela Lei. nº 9656/98 e só subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor. Afirma que o contrato de prestação de serviços firmado entre as partes é claro ao dispor sobre a não cobertura e/ou ressarcimento nos casos em que o usuário livremente opta por utilizar os serviços de hospitais de tabela própria e que a Apelada realizou tratamento médico no Instituto de Neurologia de Goiânia, que não estaria dentro da cobertura ajustada contratualmente. Aduz a Apelante que dispõe de uma série de hospitais credenciados em todo o Brasil, pelo que não haveria necessidade de a parte adversa recorrer a um hospital que não está abrangido pelo contrato celebrado entre as partes. Alega que a conduta da Apelante em exigir tratamento em hospital não abrangido pelo contrato ofende os princípios da boa-fé, equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores, transparência e harmonia nas relações de consumo. Requer, ao final, a reforma da decisão objurgada ou, subsidiariamente, que o reembolso das despesas médico-hospitalares se limite à tabela contratual, nos termos do Art. 12 da Lei nº 9.656/98.

Contrarrazões foram apresentadas pela Apelada ao Id. 1042444.

Distribuídos os autos, coube-me a relatoria, tendo proferido Despacho ao Id. 1291552 recebendo a Apelação em seus efeitos devolutivo e suspensivo.

É o relatório, que fora apresentado para inclusão do feito em pauta de Julgamento na 8ª.Sessão Ordinária – Plenário Virtual - Plataforma PJe e Sistema Libra com início às 14:00 h, do dia 30 de abril de 2019, e término às 14:00 h do dia 08 de maio de 2019. Entretanto, por problemas operacionais anunciados em Nota Técnica pelo Secretário do Setor de Informática deste TJPA, acrescido de Certidão expedida pela

Coordenadoria das UPJ's deste TJPA, bem como em apreciação e decisão unânime dos Excelentíssimos Desembargadores que compõem a 2ª. Turma de Direito Público e Privado neste TJPA - Parte Administrativa da 22ª. Seção, Presidida pela Des. Gleide Pereira de Moura, ficou definido a reapresentação dos feitos não iniciados por consequência não finalizados, para constar em pauta de julgamento, na Sessão Ordinária – Plenário Virtual - Plataforma PJe e Sistema Libra com início às 14:00 h, do dia 20 de agosto de 2019.



VOTO

A EXMA. SRA. DESEMBARGADORA EDINÉA OLIVEIRA TAVARES (RELATORA)

I. DA ANÁLISE DO PEDIDO DA REFORMA

Cinge-se a controvérsia recursal em determinar se houve desacerto no *decisum* singular que condenou a Apelante ao pagamento de R\$ 42.000,00 (quarenta e dois mil reais) a título de reembolso dos valores gastos pela Apelada em seu tratamento de saúde.

Após acurada análise dos autos, entendo assistir parcial razão à Apelante.

O dever de reembolso à Apelada pelas despesas por ela realizadas resta claramente caracterizado a partir do fato de não ter a Apelante comprovado que dispõe de hospitais e profissionais no Município que realizem o tratamento. Ainda que a recorrente tenha por diversas vezes alegado ao longo do processo que possui uma série de hospitais credenciados em todo o Brasil, de modo que não haveria necessidade de a parte adversa recorrer a um hospital que não está abrangido pelo contrato, a recorrente em momento algum colacionou aos autos comprovação de tais afirmações.

É sabido que, em regra, o beneficiário de plano de saúde deve se valer apenas dos serviços constantes da lista de cobertura de conveniados do plano. Em casos excepcionais, entretanto, como nas hipóteses de inexistência de estabelecimento credenciado no local do contrato ou quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela operadora, é devido o reembolso dos valores dispendidos pelo beneficiário com o tratamento de saúde. Tal compreensão pode ser obtida por meio da análise sistêmica da Lei nº 9.656/98, da Resolução Normativa 259/11 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e do Código de Defesa do Consumidor.

Dispõe o Art. 5º, incisos I e II e §1º da mencionada Resolução:

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)
I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Diante da alegação feita pela Apelante, de inexistência de estabelecimento credenciado no município de Belém, o reembolso das despesas realizadas com o tratamento de saúde é medida que se impõe, nos exatos termos do art. 12, inciso VI da Lei nº 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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Neste sentido, cumpria à Apelante ter comprovado suas alegações de que possui estabelecimento no município de Belém apto a realizar os procedimentos que a Apelada necessitava, o que não o fez nem mesmo em sede de audiência de instrução e julgamento realizada no dia 20 de outubro de 2015 (Id. 1042438), oportunidade em que seu preposto declarou que “não sabe informar se existia hospital adequado para a cirurgia da Requerente ou mesmo médico habilitado”.

Portanto, a responsabilidade de restituição da Apelante para com a Apelada restou configurada a partir do momento em que se evidenciou que não possui estabelecimento médico adequado para o tratamento demandado pela Apelada, restando caracterizado a subsunção das normas acima mencionadas ao caso concreto. Neste sentido a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça:

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO. RAZÕES QUE NÃO ENFRENTAM O FUNDAMENTO DA DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS. LIMITES DA TABELA DO PLANO. PRECEDENTES. SÚMULA Nº 83/STJ. TESE DO RECURSO ESPECIAL QUE DEMANDA REEXAME DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E DE CONTEXTO FÁTICO E PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULAS Nº 5 E 7/STJ. 1. As razões do agravo interno não enfrentam adequadamente o fundamento da decisão agravada. 2. **Nos termos do artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98, o reembolso das despesas efetuadas pelo usuário do plano de saúde com internação em hospital não conveniado somente é admitido em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, entre outros), e nos limites da relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto. Precedentes.** 3. Não cabe, em recurso especial, reexaminar matéria fático-probatória (Súmula n. 7/STJ). 4. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp 1222566/CE, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 21/08/2018, DJe 11/09/2018)

Por outro lado, entendo cabível o pedido feito pela Apelante no que se refere à necessidade de que o reembolso das despesas médico-hospitalares se limite à tabela contratual da operadora. A esse respeito, é clara a redação do inciso VI do Art. 12 da Lei nº 9.656/98. Conquanto devido, o reembolso deverá ser limitado às obrigações do contrato firmado entre as partes. Neste sentido a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO SAÚDE. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA FORA DA REDE CREDENCIADA. DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. PREÇOS DE TABELA EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM A OPERADORA. DANO MORAL. NÃO OCORRÊNCIA. DECISÃO MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. 1. **Nos casos em que não**



seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a operadora de assistência à saúde deve responsabilizar-se pelo custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, mediante reembolso. 2. O reembolso, porém, é limitado aos preços de tabela efetivamente contratados com a operadora de saúde, à luz do art. 12, VI, da Lei 9.656/98, sendo, portanto, lícita a cláusula contratual que prevê tal restrição, que conta com expressa previsão legal. Precedentes. 3. A jurisprudência desta Corte entende que, quando a situação experimentada não tem o condão de expor a parte a dor, vexame, sofrimento ou constrangimento perante terceiros, não há falar em dano moral, uma vez que se trata de circunstância a ensejar mero aborrecimento ou dissabor, mormente quando mero descumprimento contratual, embora tenha acarretado aborrecimentos, não gerou maiores danos ao recorrente. 4. Agravo interno a que se nega provimento. (Aglnt no AREsp 760.538/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 05/02/2019, DJe 13/02/2019)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA FORA DA REDE CREDENCIADA. DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. PREÇOS E TABELAS EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM A OPERADORA. DECISÃO MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. 1. Não configura ofensa ao art. 535 do CPC/73 o fato de o col. Tribunal de origem, embora sem examinar individualmente cada um dos argumentos suscitados, adotar fundamentação contrária à pretensão da parte, suficiente para decidir integralmente a controvérsia. 2. **Em casos de urgência e emergência, em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a operadora de saúde responsabiliza-se pelo custeio das despesas de assistência médica realizadas pelo beneficiário, mediante reembolso.** 3. **O reembolso, porém, é limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde, à luz do art. 12, VI, da Lei 9.656/98, sendo, portanto, lícita a cláusula contratual que preveja tal restrição, que conta com expressa previsão legal.** Precedentes. 4. Agravo interno a que se nega provimento. (Aglnt no AREsp 629.174/RJ, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 07/02/2019, DJe 19/02/2019)

Deste modo, a deve ser mantido o *decisum* singular no que se refere à obrigação da Apelante em reembolsar a Apelada pelas despesas médicas realizadas em hospital não credenciado, contudo, a sentença deve ser reformada para que o valor a ser reembolsado se limite aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde e que seriam suportados pelo plano de saúde caso o mesmo procedimento houvesse sido realizado na rede credenciada.

ISTO POSTO,

CONHEÇO E PROVEJO PARCIALMENTE presente do recurso para reformar o *decisum* somente no que se refere à adstrição do reembolso devido ao limite aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde.

É O V O T O

Sessão Ordinária – Plenário Virtual - Plataforma PJe e Sistema Libra **do dia 20 de agosto de 2019**

Desa. **EDINÉA OLIVEIRA TAVARES**

Desembargadora Relatora



Belém, 28/08/2019

