



PODER JUDICIÁRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Gabinete Des. Jovaldo Nunes Gomes

188

Quinta Câmara Cível

Recurso de Agravo na Apelação Cível nº 333163-9- Recife (13ª Vara Cível)

Recorrente: Victor Ferreira Sobreira dos Santos

Recorrida: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda

Relator: Des. Jovaldo Nunes Gomes

EMENTA. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E RESSARCIMENTO COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PLANO DE SAÚDE. INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO. PRETENSÃO DE REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. SENTENÇA PARCIALMENTE PROCEDENTE. REEMBOLSO DOS VALORES DESPENDIDOS NOS LIMITES ESTABELECIDOS NA TABELA DE VALORES DA SEGURADORA. APELAÇÃO CÍVEL. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. RECURSO DE AGRAVO CONTRA DECISÃO TERMINATIVA. RECURSO IMPROVIDO. DECISÃO UNÂNIME.

1. O reembolso dos valores gastos pelo paciente deve ser o previsto na tabela da seguradora, sob pena de desequilíbrio do contrato, assim como foi estabelecido pelo juiz de primeiro grau.
2. A pretensão do recorrente de reembolso integral extrapola a razoabilidade contratual, uma vez que a obrigação da administradora do plano é limitada pelo contrato (Cláusula 15).
3. Recurso de agravo improvido com manutenção da decisão terminativa proferida na apelação cível. Decisão unânime.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, ACORDAM os Excelentíssimos Senhores Desembargadores que compõem a Quinta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, à **unanimidade de votos**, em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso interposto, na conformidade do incluso voto, que passa a integrar este julgado.

Recife, 18 de junho de 2014.


Des. Jovaldo Nunes Gomes
Relator



PODER JUDICIÁRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Gabinete Des. Jovaldo Nunes Gomes

289

Quinta Câmara Cível

Recurso de Agravo na Apelação Cível nº 333163-9- Recife (13ª Vara Cível)

Recorrente: Victor Ferreira Sobreira dos Santos

Recorrida: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda

Relator: Des. Jovaldo Nunes Gomes

RELATÓRIO

Agravo Regimental recebido como Recurso de Agravo.

Decisão recorrida às fls. 160/164.

No primeiro grau foi proferida sentença na *Ação Ordinária de Obrigação de Fazer, Nulidade de Cláusula Contratual com Ressarcimento, e pedido de antecipação de tutela*, ajuizada pelo recorrente em face da **Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda.**, decisão essa que julgou parcialmente procedente o pedido do autor para compelir a seguradora a dar cobertura ao internamento psiquiátrico de Victor Ferreira Sobreira dos Santos, bem como ao pagamento do reembolso das despesas despendidas. No entanto, limitou o reembolso ao valor da tabela do plano contratado.

Inconformado o autor interpôs recurso de apelação, o qual monocraticamente, neguei seguimento por entender que a pretensão do apelante de reembolso integral extrapola a razoabilidade contratual, uma vez que a obrigação da administradora do plano é limitada pelo contrato.

Contra a decisão de minha lavra, **Victor Ferreira Sobreira dos Santos** propõe o presente agravo, em que renova os argumentos lançados no apelo e pede a reforma da decisão monocrática para que seja dado provimento ao seu recurso.

É o relatório.

Recife, 18 de junho de 2014.


Des. Jovaldo Nunes Gomes
Relator



PODER JUDICIÁRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Gabinete Des. Jovaldo Nunes Gomes

290

Quinta Câmara Cível

Recurso de Agravo na Apelação Cível nº 333163-9- Recife (13ª Vara Cível)

Recorrente: Victor Ferreira Sobreira dos Santos

Recorrida: Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda

Relator: Des. Jovaldo Nunes Gomes

VOTO

Não convencido de mudança no meu entendimento anteriormente esposado, submeto à apreciação desta Corte a insurgência recursal.

A decisão agravada, na parte que interessa, está vazada nos seguintes termos (fls. 160/164):

"(...) Demonstrada está a adimplência do autor/apelante em relação à empresa apelada, bem como ficou comprovada, através de laudo médico (fl. 72), a necessidade de internação psiquiátrica do recorrente, mesmo em caráter involuntário, para preservação de sua vida e saúde.

Pinço da decisão recorrida o seguinte (fls. 114/116):

"(...) No mérito, conforme se observa dos autos, pretende a parte autora compelir o plano de saúde a arcar com o pagamento das despesas médico-hospitalares decorrentes do seu internamento no Centro de Tratamento para Usuários de Álcool e Outras Drogas Ltda – Grupo Recanto – Unidade I, por ser usuário de drogas, que seja compelida a reembolsar o valor de R\$ 2.300,00 (dois mil trezentos reais) despendido relativamente ao mês de janeiro de 2012, bem assim que seja declarada a nulidade da Cláusula 13 do contrato. Primeiramente, não há que se falar em nulidade da Cláusula 13, que prevê a cobertura de doenças e lesões preexistentes, eis que observado o disposto no art. 11 da Lei 9656/98. Ocorre, porém, independente de ter ou não cumprido o período de carência, que é de vinte e quatro meses para cobertura de doença ou lesão, congênita ou preexistente, o atendimento de emergência ou de urgência dispensa a fluência do prazo. Considerando a situação fática acima consignada, é forçoso reconhecer a obrigação da parte ré de arcar com as despesas médicas decorrentes do internamento solicitado, dada a sua natureza emergencial. Logo, a assertiva da parte ré de que não há obrigação do internamento, sob a alegação do tratamento ter ocorrido em

clínica não é credenciada, não deve prosperar uma vez que o internamento inicial fora realizado quando a parte autora estava em situação de emergência, ensejando o direito ao reembolso, conforme se depreende do próprio contrato na Cláusula 15. Neste sentido, vejamos o entendimento dos Tribunais Pátrios: PLANO DE SAÚDE - CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS - CÓDIGO



PODER JUDICIÁRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Gabinete Des. Jovaldo Nunes Gomes

191

DE DEFESA DO CONSUMIDOR - APLICABILIDADE - CLÁUSULAS RESTRITIVAS - RESSARCIMENTO DEVIDO. Os planos de saúde são típicos contratos de adesão por meio dos quais as cláusulas são impostas ao contratante, geralmente mais fraco e hipossuficiente. Compete à fornecedora fazer prova de que a beneficiária do plano de saúde poderia ter utilizado clínica credenciada e especializada dentro da área de abrangência do contrato firmado. As cláusulas restritivas constantes do plano de saúde que restringem o seu campo de incidência e excluem a garantia do tratamento indicado para salvar a vida da beneficiária, violam o seu direito de ter acesso ao tratamento adequado para o seu caso. A saúde, como bem de extraordinária relevância à vida, foi elevada pela Constituição Federal à condição de direito fundamental do homem, manifestando o legislador constituinte constante preocupação em garantir a todos uma existência digna, consoante os ditames da justiça social, o que se mostra evidente ao interpretar conjuntamente os artigos 170, 193, 196, 197 e 199. (Apelação Cível: 1.0518.07.110752-9/001 – TJMG. 18ª Câmara Cível. Relator: Des. Mota e Silva. Data do Julgamento: 03/11/2009). No entanto, só cabe a parte autora o reembolso dos valores despendidos nos limites estabelecidos na tabela de valores da seguradora vez que há previsão contratual para a referida limitação (cláusula 15). Com relação à limitação temporal do internamento, a cláusula contratual que o limita deve ser considerada abusiva (fl. 33), já que o tratamento deve ser o mais adequado ao paciente e quem o decide é o médico, não cabendo a seguradora ré limitá-lo de forma genérica, vez que cada caso possui suas peculiaridades. (...)”

O recurso não reúne condições de êxito.

O magistrado de primeiro grau agiu acertadamente, pois não há que se falar em nulidade da cláusula 13, que prevê a cobertura de doenças e lesões preexistentes, uma vez que está de acordo com o art. 11 da Lei 9656/98.

Ocorre que, no caso dos autos, o internamento psiquiátrico foi emergencial e, conforme o disposto no art. 12 da Lei n. 9.656/98, V, “c”, é descabida a carência de 24 meses, quando a internação do segurado se der em caráter de emergência.

Nesse sentido, vejamos precedentes desta Corte e de outros tribunais:

“OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA. NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE. DOENÇA PREEXISTENTE. PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA. ABUSIVIDADE DA NEGATIVA.1) Indicação de procedimento denominado de Prostatectomia Transvesical por Videolaparoscopia em virtude de hiperplasia prostática benigna, visto que o mesmo corre risco de ficar impossibilitado de urinar, apresentar uma infecção urinária e assim evoluir o quadro para uma septicemia.2) A



PODER JUDICIÁRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Gabinete Des. Jovaldo Nunes Gomes

192

dilatação da próstata, alegada de boa-fé pelo segurado, não é fator impeditivo para o custeio do procedimento pelo plano de saúde, tendo em vista que, mesmo que seja considerada uma doença preexistente, trata-se de procedimento de caráter de urgência. 3) Nos casos de urgência ou emergência envolvendo qualquer doença (inclusive as preexistentes), o atendimento deverá ser obrigatoriamente assegurado. 4) Entendimento jurisprudencial consolidado dos Tribunais brasileiros no sentido de relativizar o prazo de carência em casos de extrema urgência e necessidade, considerando-se abusiva a cláusula contratual que impõe carência para internação de urgência, ao passo em que é tida como ilícita a recusa da autorização. 5) Recurso improvido. (TJPE- Apelação Cível 188983-2, Relator Substituto: Paulo Torres, 4ª Câmara Cível, Data do julgamento: 12/05/2011, Data da publicação: 20/05/2011)

"AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. DOENÇA PREEXISTENTE. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. EMERGÊNCIA. A carência máxima admitida para tratamentos de casos de emergência que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente é de vinte e quatro horas (art. 12, V, "c", da Lei n. 9.656/1998). Conseqüentemente, ainda que se trate de doença preexistente à contratação, não é oponível a cobertura parcial temporária ao consumidor que necessita de tratamento de emergência. Agravo de instrumento a que se nega seguimento." (TJRS- Agravo de Instrumento Nº 70025567876, Quinta Câmara Cível, Relator: Romeu Marques Ribeiro Filho, Julgado em 28/07/2008) (grifei)

Nesse contexto, há de se reconhecer que é devido o reembolso das despesas efetuadas pelo paciente, quando ocorrer uma situação de emergência. O reembolso dos valores gastos pelo apelante deve ser o previsto na tabela da seguradora, sob pena de desequilíbrio do contrato, assim como foi estabelecido pelo juiz de primeiro grau.

Portanto, a pretensão do apelante de reembolso integral extrapola a razoabilidade contratual, uma vez que a obrigação da administradora do plano é limitada pelo contrato (Cláusula 15).

Este também é o entendimento dos Tribunais Pátrios. Vejamos:

"EMENTA: RECURSOS DE AGRAVO EM RECURSOS DE APELAÇÕES. ADOTADA PROVIDÊNCIA MONOCRÁTICA. CÓDIGO CIVIL, CDC E LEI 9.656/98. PLANO DE SEGURO SAÚDE. AÇÃO ORDINÁRIA DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA POLICLÍNICA SANTA CLARA LTDA. RECONHECIDA POR MAIORIA. PRETENSÃO DE REEMBOLSO INTEGRAL DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. IMPOSSIBILIDADE. EXERCÍCIO REGULAR DA SEGURADORA AO RESSARCIMENTO DOS VALORES DISPENDIDOS PELO SEGURADO NOS TERMOS DO CONTRATO DE SEGURO SAÚDE. OBSERVÂNCIA DO ARTIGO 54 §§3º E 4º DO CDC E ARTIGO 12, VI, DA LEI Nº 9.656/98. DANO MORAL.



193

PODER JUDICIÁRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Gabinete Des. Jovaldo Nunes Gomes

CONFIGURAÇÃO. INJUSTA A COBERTURA POR PARTE DO PLANO DE SAÚDE ULTRAPASSANDO OS LIMITES DO MERO DESCONFORTO OU ABORRECIMENTO. AUSÊNCIA DE INSURGÊNCIA NESTE PONTO. PRECEDENTES. NO MÉRITO, POR MAIORIA DE VOTOS, NEGA-SE PROVIMENTO AOS AGRAVOS Nº 284.932-1/01 E Nº 284932-1/02, NOS TERMOS DO VOTO RELATOR. (...) 2 Alegação que o demandante escolheu Hospital e equipe médica não credenciada, quando teria a sua disposição, e nos termos contratados, uma equipe de profissionais e rede hospitalar credenciada capaz de atender suas necessidades. Advogou-se a tese de inexistência de negativa de atendimento em sua rede credenciada. Deveras, o autor escolheu médico de sua confiança, porém não conveniado à demandada. **De acordo com os precedentes acima esposados é devido o reembolso das despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo paciente, quando se conjugar a ocorrência de uma situação urgência ou emergência (o que ocorreu no presente caso). O reembolso dos valores gastos pela parte contratante deve ser o previsto na tabela das contratadas, sob pena de desequilíbrio do contrato, assim como foi estabelecido pela magistrada de piso.** 3 Portanto, no que diz respeito ao reembolso nos ditames do Código de Defesa do Consumidor- Lei 9656/98; artigo 1146 Código Civil, compete a demandada, OPS- Planos de Saúde S.A, pagar ao demandante as despesas relativas às intervenções médicas e hospitalares, incluindo exames e tratamentos necessários decorrentes da patologia noticiada, nos termos e limites da disposição contratual, para a hipótese de opção por médicos e nosocômios não conveniados. (...)” (TJPE – Recurso de Agravo 284932-1/02, Relator: Des. Josué Sena, 1ª Câmara Cível, Data do julgamento: 23/10/2012, Data da publicação: 26/11/2012) (grifei)

“DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO REGIMENTAL. PLANO DE SAÚDE. MÉDICO NÃO CREDENCIADO. LIMITAÇÃO PREVISTA EM CONTRATO. REEMBOLSO DAS DESPESAS DE ACORDO COM A TABELA CONTRATUAL. PRECEDENTES. AGRAVO IMPROVIDO. 1. É certa a garantia contratual dada ao segurado no sentido de conceder a prerrogativa de escolha livre do médico e hospital que deseja realizar seu tratamento, obedecendo-se, contudo, as limitações estabelecidas no pacto. Precedentes. 2. Optando por efetuar o procedimento cirúrgico com seu médico de confiança, o paciente deve arcar com o ônus dessa escolha, cingindo-se a restituição dos honorários ao disposto na tabela do contrato. 3. Agravo improvido. Decisão unânime.” (TJPE. Processo: AGR 277073601 PE 0015372-24.2012.8.17.0000. Órgão Julgador: 4ª Câmara Cível. Relator: Des. Jones Figueirêdo. Julgamento: 28/08/2012)

“Plano de saúde UNIMED CUIABÁ Paciente internada em caráter de emergência e que, após realizar um procedimento cirúrgico em hospital não conveniado à ré e com Tabela Própria Alto Custo, pretende o ressarcimento da totalidade dos valores pagos a título de honorários médicos e despesas hospitalares Inadmissibilidade Conhecimento pela autora dos termos do contrato, **cabendo à**



PODER JUDICIÁRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
Gabinete Des. Jovaldo Nunes Gomes

194.

Unimed reembolsá-la de acordo com os critérios descritos no ajuste firmado e em sua tabela de honorários Danos morais afastados, já que incabíveis na espécie. Ação improcedente.” (TJSP, Apelação nº 0208491-91.2009.8.26.0100, 4ª Câmara de Direito Privado, Relator: Enio Zuliani, Data do julgamento: 24/02/2011) (grifei)

Ante o exposto, **NEGO SEGUIMENTO** ao presente recurso, mantendo, assim, a decisão recorrida, o que faço com fundamento no art. 557, caput, do Código de Processo Civil, c/c o art. 74, inciso VIII, do RITJ de Pernambuco.(...)”

Não observo, nas razões recursais motivos que possam ensejar mudança no entendimento esposado na decisão combatida, isto porque a pretensão do recorrente de reembolso integral extrapola a razoabilidade contratual, uma vez que a obrigação da administradora do plano é limitada pelo contrato.

Ante o exposto, voto no sentido de negar provimento ao recurso, mantendo integralmente a decisão recorrida, por seus próprios e jurídicos fundamentos.

É como voto

Des. Jovaldo Nunes Gomes
Relator