



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
Gabinete do Desembargador Áttila Naves Amaral



Valor: R\$ 394.841,66
PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Processo de Conhecimento -> Procedimento de Conhecimento -> Procedimento Comum Cível
1ª CÂMARA CÍVEL
Usuário: - Data: 15/04/2024 11:14:18

DUPLA APELAÇÃO CÍVEL Nº 5211857-91.2020.8.09.0051

COMARCA DE GOIÂNIA

1º APELANTE: ESPÓLIO DE BRUNO VAZ ROSA

2ª APELANTE: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

1ª APELADA: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

2º APELADO: ESPÓLIO DE BRUNO VAZ ROSA

RELATOR: DES. ÁTILA NAVES AMARAL

VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, conheço da apelação interposta.

Ab initio, adoto o Relatório disponibilizado pelo juiz Substituto em Segundo Grau, Dr. Ricardo Silveira Dourado, em substituição, nos termos do Decreto Judiciário nº 5.688/2023.

Conforme dito alhures, **ESPÓLIO DE BRUNO VAZ ROSA E UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO** interpuseram recurso de **APELAÇÃO CÍVEL** contra a sentença proferida pelo Juiz de Direito da 18ª Vara Cível e Ambiental da Comarca de Goiânia, Dr. **Danilo Luiz Meireles dos Santos**, nos autos da “*Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenizatória por Danos Morais com Pedido de Tutela de Urgência de Natureza Antecedente*”, ajuizada por **BRUNO VAZ ROSA**.

A sentença recorrida decidiu no sentido de que restaram caracterizados os requisitos para que **BRUNO VAZ ROSA** realizasse a cirurgia de hemipelvectomia para ressecção do tumor em nosocômio fora da rede credenciada, com profissional próprio e capacitado, em razão da ausência de indicação de outro tratamento na área de



cobertura, bem como a urgência da efetivação do procedimento (câncer grave e raro). Entretanto, asseverou que a obrigação ao custeio das despesas com o tratamento do autor limitar-se-ia aos valores previstos na tabela da operadora de plano de saúde Unimed.

No mesmo ato, julgou improcedente a indenização por danos morais.

Pois bem.

Inicialmente, cumpre-nos rememorar que a relação jurídica estabelecida entre as partes é tipicamente consumerista, devendo, portanto, ser analisada à luz do Código de Defesa do Consumidor – CDC. A propósito, a **súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça**, *verbis*:

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

Assim, a relação entre as partes deve ser dirimida à luz das disposições consumeristas, porquanto o apelado se insere no conceito de consumidor e a apelante enquadra-se como fornecedora (arts. 2º e 3º do CDC).

Sobre o tema central da celeuma instaurada no presente feito, registro que o custeio de despesas médico-hospitalares em estabelecimento e/ou médico não credenciados, é possível, excepcionalmente, desde que se trate de patologia coberta e haja a comprovação de situação de urgência/emergência, ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora, com fundamento no artigo 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:

(...)

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;

O dispositivo legal pressupõe dois requisitos para gerar o direito de reembolso ao consumidor, quais sejam: i) a impossibilidade de utilização dos serviços próprios, credenciados ou referenciados pela operadora; e ii) a existência de quadro qualificado como urgência ou emergência.

A seu turno, o quadro de urgência e emergência é conceituado pelo artigo 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98, transcrevo:

Art. 35-C – É obrigatória a cobertura de atendimento nos casos:

I – de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

II – de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional;

Dessa feita, a emergência e urgência exsurtem, respectivamente, quando: i) houver risco de vida bem como de lesões irreparáveis para o paciente; ou ii) os danos oriundos de acidentes pessoais.

Na espécie, a impossibilidade de utilização da rede credenciada e a necessidade de atendimento rápido, é inegável.

Consoante se nota nos relatórios médicos anexados no evento nº 01, arquivos 8/9 a cirurgia vindicada era imprescindível para a manutenção da vida do autor, não se olvidar que o autor veio a óbito vitimado pela doença que o acometia. (Certidão de óbito – mov. 64, arquivo 05)

Comprovadas tais circunstâncias, incumbiria ao segundo apelante demonstrar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do consumidor, consoante distribuição do ônus probatório insculpido no artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil.

Nada obstante, embora a UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO



MÉDICO alegue que o hospital escolhido não era a única unidade de saúde capaz de realizar o procedimento, não apresentou outras alternativas ao autor/apelante, tampouco comprovou nos autos aludida assertiva.

Em casos tais, resta inegável a responsabilidade da primeira apelada em custear o procedimento e insumos necessários para realização da cirurgia de hemipelvectomy para ressecção do tumor - Sarcoma de Ewing.

Estabelecido o dever de cumprir com a obrigação, deve-se analisar a forma de reembolso que melhor atende ao caso.

Ocorre que, na situação em tela, não é possível observar o limite das tabelas de honorários praticadas na rede credenciada de prestadores da Unimed uma vez que o procedimento é realizado apenas em hospitais de alto custo, com tabela própria. Assim sendo, inexistente tabela referencial que possa limitar o custeio da operação pois, como já dito, **TRATA-SE DE TÉCNICA RESTRITA A POUQUÍSSIMOS PROFISSIONAIS DO PAÍS**, nenhum deles com atividade no estado em que residia o consumidor e que opera o plano de saúde.

Desta feita, em se tratando de procedimento de emergência, em razão do risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, nos termos do artigo 35-C, inciso I da Lei nº 9.656/98, indicado pelo médico acompanhante e não prestado pela rede credenciada, não há como se falar em limite da tabela da operadora do plano de saúde, devendo o custeio ser realizado de forma integral.

Nesse sentido, o colendo Superior Tribunal de Justiça já se pronunciou sobre o tema, declarando que, em casos excepcionais, como a inexistência ou a insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local, situação de urgência ou emergência, ou mesmo impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, admitido o reembolso integral de despesas efetuadas com profissional de saúde não credenciado. Confira-se:

PROCESSUAL CIVIL. CONTRATOS. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE. FLEXIBILIZAÇÃO. POSSIBILIDADE. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AUTISMO. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA. ILEGALIDADE. **SERVIÇO INEXISTENTE NA REDE CONVENIADA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES.** POSSIBILIDADE. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. (...) 4. Analisando controvérsia quanto à obrigação de reembolso por cirurgia realizada em hospital não credenciado, por opção



do beneficiário - sendo prestado o serviço pela rede credenciada -, a Segunda Seção também firmou o entendimento de que "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp 1.459.849/ES, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020). **5. No caso, existe a peculiaridade, destacada no acórdão recorrido, de o tratamento pleiteado não ser ofertado pelo plano de saúde em sua rede credenciada, "razão pela qual não há como se falar em aplicação da tabela da operadora do plano de saúde para atendimentos semelhantes, devendo o reembolso ser realizado de forma integral" (AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp 1.704.048/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 24/8/2021, DJe 1º/9/2021).** 6. Nesse sentido: AgInt no REsp n. 1.956.468/SP, de minha relatoria, QUARTA TURMA, julgado em 2/5/2022, DJe de 6/5/2022. 7. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula n. 7 do STJ). 8. Seria necessário o reexame dos fatos e das provas para alterar o entendimento do Tribunal de origem sobre a obrigação da empresa de saúde de custear a terapêutica postulada, indisponível na rede credenciada. 9. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.083.773/MS, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/2/2023, **DJe de 22/2/2023**)

Nesse sentido, trago a lume o entendimento adotado por este Sodalício:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA DE URGÊNCIA E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. **TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA ANTE A EXCLUSIVIDADE DA TÉCNICA UTILIZADA. CUSTEIO INTEGRAL DAS DESPESAS.** DANOS MORAIS. MULTA COMINATÓRIA. DISTRIBUIÇÃO ÔNUS SUCUMBENCIAIS DE OFÍCIO. FIXAÇÃO HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS. HONORÁRIOS RECURSAIS. 1. O consumidor contratante de plano de saúde possui direito ao reembolso das despesas realizadas em rede não credenciada pela operadora quando: i) restar impossibilitado a utilização dos serviços próprios ou referenciados pela operadora; e ii) a existência de quadro qualificado como de urgência ou emergência, na forma do art. 12, VI, da Lei nº 6.956/98. **2. Comprovada a urgência do quadro clínico da paciente a demandar intervenção cirúrgica, incumbiria a esta última comprovar que disponibilizou ao consumidor profissional apto a realizar o procedimento, o que não ocorreria na espécie, visto que a ela compete demonstrar fato impeditivo, modificativo ou extintivo na forma do art. 373, II, do CPC.** **3. Ante a exclusividade da técnica cirúrgica necessária a paciente, ou seja, não ofertado pelo plano de saúde através da rede credenciada, não há como se falar em aplicação da tabela da operadora do plano de saúde para atendimentos semelhantes, devendo o custeio ser realizado**



de forma integral. 4. A recusa da operadora do plano de saúde baseada na dúvida razoável da interpretação do contrato não configura conduta ilícita capaz de ensejar indenização por abalo moral. 5. (...) PRIMEIRO E SEGUNDO RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDOS E NÃO PROVIDOS. (TJGO, PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Recursos -> Apelação Cível 5060655-62.2023.8.09.0051, Rel. Des(a). DESEMBARGADOR ANDERSON MÁXIMO DE HOLANDA, 10ª Câmara Cível, julgado em 15/10/2023, **DJe de 15/10/2023**) (Grifo nosso)

EMENTA. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE RESTITUIÇÃO DAS DESPESAS C/C OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. **TRATAMENTO COM ESPECIALISTA EM REDE NÃO CREDENCIADA. URGÊNCIA. REEMBOLSO INTEGRAL.** SENTENÇA MANTIDA. **I. Os contratos de planos de saúde sujeitam-se às normas consumeristas, conforme a Súmula nº 608, do Superior Tribunal de Justiça. II. Nos termos do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, somente em casos excepcionais, como inexistência de estabelecimento credenciado no local, situação de urgência ou emergência, ou mesmo impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, é admitido o reembolso de despesas efetuadas com profissional de saúde não credenciado, como no caso dos autos. III. Em se tratando de procedimento de urgência nos termos do artigo 35-C, inciso I da Lei nº 9.656/98, indicado pelo médico acompanhante e a especificidade do caso, não há como se falar em limite da tabela da operadora do plano de saúde, devendo o custeio ser realizado de forma integral.** APELAÇÃO CONHECIDA E DESPROVIDA. (TJGO, PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Recursos -> Apelação Cível 5256099-43.2017.8.09.0051, Rel. Des(a). ALICE TELES DE OLIVEIRA, 11ª Câmara Cível, julgado em 25/10/2023, **DJe de 25/10/2023**) (Grifo nosso)

Nessa confluência, merece reparo a sentença nesse ponto.

Em relação ao dano moral, entende o Tribunal Superior que a recusa indevida ou injustificada pela operadora de plano de saúde em autorizar a cobertura de tratamento, a qual esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário.

Na mesma simetria, filia o verbete sumular 15, deste Tribunal de Justiça Goiano, o qual se reproduz: “A recusa indevida ou injustificada, pela operadora de plano de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico enseja reparação a título de dano moral”.

Ocorre que, no caso em deslinde, a recusa da operadora do plano de saúde



baseou-se na existência de dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, de forma que a conduta da operadora, ao optar pela restrição da cobertura sem ofender os deveres anexos do contrato, como a boa-fé, não pode ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, o que afasta qualquer pretensão de compensação por danos morais (AgInt no AREsp nº 983.652/SP, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, DJe 2/2/2017; REsp nº 1.651.289/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJe 5/5/2017; e AgRg no REsp nº 1.569.212/SP, Rel. Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, DJe 22/8/2017).

Nesse sentido:

EMENTA: EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. QUIMIOTERÁPICO ORAL LONSURF. AUSÊNCIA DE COBERTURA PELO PLANO DE SAÚDE. PREVISÃO DE TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICOS NOS PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 428/18 DA ANS. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS AFASTADA. **De acordo com o entendimento do STJ, ao qual se amolda este Tribunal, a recusa da cobertura de tratamento por operadora de plano de saúde, por si só, não configura dano moral. Nesta perspectiva, não evidenciada má-fé do plano de saúde ao negar a cobertura com amparo em cláusula contratual, não há que se falar em prática de ato ilícito passível de condenação por dano moral.** (...) EMBARGOS CONHECIDOS, PORÉM REJEITADOS. (TJGO, PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Recursos -> Apelação Cível 5533721-78.2021.8.09.0051, Minha Relatoria, 2ª Câmara Cível, julgado em 08/08/2023, **DJe de 08/08/2023**) (Grifo nosso)

EMENTA: DUPLA APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. TRANSPLANTE HEPÁTICO (FÍGADO). ROL DA ANS. NEGATIVA ADMINISTRATIVA. DANOS MORAIS. SENTENÇA REFORMADA EM PARTE. 1. (...) **4.A recusa da operadora do plano de saúde, na hipótese, baseou-se na ausência de previsão contratual para custear o procedimento de transplante hepático, cuja dúvida razoável na interpretação do contrato não configura conduta ilícita capaz de ensejar indenização por abalo moral. Precedentes do STJ.** 5.(...). PRIMEIRA APELAÇÃO CÍVEL PARCIALMENTE CONHECIDA E NESSA EXTENSÃO PROVIDA. SEGUNDO APELO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDA. (TJGO, PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Recursos -> Apelação Cível 5031284-29.2018.8.09.0051, Rel. Des(a). Altair Guerra da Costa, 3ª Câmara Cível, julgado em 31/07/2023, **DJe de 31/07/2023**) (Grifo nosso)

Dessarte, impõe-se a higidez do édito sentencial que afastou a condenação



indenizatória por dano moral.

Ante o exposto,

CONHEÇO da apelação interposta por **ESPÓLIO DE BRUNO VAZ ROSA e DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO** para, em reforma a sentença recorrida, condenar a parte requerida a promover o reembolso **INTEGRAL** dos valores despendidos pela parte autora com a cirurgia de hemipelvectomia para ressecção do tumor - Sarcoma de Ewing, cujo valor deverá ser atualizado monetariamente pelo INPC, desde o respectivo pagamento, com incidência de juros legais a partir da citação. Outrossim, mantenho os demais termos da sentença incólumes, inclusive, a improcedência do dano moral;

CONHEÇO da apelação interposta por **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO e NEGO-LHE PROVIMENTO**.

De consequência, inverte o ônus de sucumbência para condenar a **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO** em em custas e honorários advocatícios no patamar de 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do artigo 85, §2º do CPC.

Após o trânsito em julgado, determino que a Secretaria desta 1ª Câmara Cível promova a baixa do feito do acervo desta Relatoria.

É como voto.

Desembargador ÁTILA NAVES AMARAL

RELATOR

(Datado e assinado conforme Resolução nº 59/2016)

DUPLA APELAÇÃO CÍVEL Nº 5211857-91.2020.8.09.0051



COMARCA DE GOIÂNIA

1º APELANTE: ESPÓLIO DE BRUNO VAZ ROSA

2ª APELANTE: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

1ª APELADA: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

2º APELADO: ESPÓLIO DE BRUNO VAZ ROSA

RELATOR: DES. ÁTILA NAVES AMARAL

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA DE NATUREZA ANTECEDENTE. TRATAMENTO COM ESPECIALISTA EM REDE NÃO CREDENCIADA. URGÊNCIA. REEMBOLSO INTEGRAL DEVIDO. DANOS MORAIS. AFASTAMENTO. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA.

1. Os contratos de planos de saúde sujeitam-se às normas consumeristas, conforme a Súmula nº 608, do STJ.
2. Nos termos do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98, somente em casos excepcionais, como inexistência de estabelecimento credenciado no local, situação de urgência ou emergência, ou mesmo impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, é admitido o reembolso de despesas efetuadas com profissional de saúde não credenciado, como no caso dos autos.
3. Em se tratando de procedimento de urgência nos termos do artigo 35-C, inciso I da Lei nº 9.656/98, indicado pelo médico acompanhante e a especificidade do caso, não há como se falar em limite da tabela da operadora do plano de saúde, devendo o custeio ser realizado de forma integral.
4. De acordo com o entendimento do STJ, ao qual se amolda este Tribunal, a recusa da cobertura de tratamento por operadora de plano de saúde, por si só, não configura dano moral. Nesta perspectiva, não evidenciada má-fé do plano de saúde ao negar a cobertura com amparo em cláusula contratual, não há que se falar em prática de ato ilícito passível de condenação por dano moral. 5. De consequência, inverte o ônus de sucumbência para condenar a requerida em em custas e honorários advocatícios no patamar de 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do artigo 85, §2º do CPC.

1ª APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E PARCIALMENTE



PROVIDA.

2ª APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E DESPROVIDA.

A C Ó R D Ã O

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos da Dupla Apelação Cível n. 5211857-91.2020.8.09.0051, Comarca de Goiânia, sendo primeiro apelante ESPÓLIO DE BRUNO VAZ ROSA, segunda apelante UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, primeira apelada UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO e segundo apelado ESPÓLIO DE BRUNO VAZ ROSA.

ACORDAM os componentes da Segunda Turma Julgadora da 1ª Câmara Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, à unanimidade, em conhecer e prover parcialmente a primeira Apelação Cível e conhecer e desprover a segunda Apelação Cível, nos termos do voto do Relator.

VOTARAM, com o Relator, o Desembargador Altair Guerra da Costa e o Desembargador William Costa Mello.

PRESIDIU o julgamento o Desembargador José Proto de Oliveira.

PRESENTE o Dr. Mozart Brum Silva, Procurador de Justiça.

OBSERVAÇÃO: Presente o Dr. Matheus Ferreira da Costa, pelo(a) apelante.

Goiânia, 02 de abril de 2024.

Desembargador ÁTILA NAVES AMARAL

RELATOR

(Datado e assinado conforme Resolução nº 59/2016)

