



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2018.0000034322**

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação nº 1046152-82.2016.8.26.0114, da Comarca de Campinas, em que é apelante UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, é apelado WAGNER CAIXETA DE CASTRO.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores VITO GUGLIELMI (Presidente) e PAULO ALCIDES.

São Paulo, 1º de fevereiro de 2018.

**Rodolfo Pellizari**  
**Relator**  
Assinatura Eletrônica

Apelação Cível - Digital

Processo nº 1046152-82.2016.8.26.0114

Comarca: 1ª Vara Cível – Campinas

Magistrado(a): Dr(a). Renato Siqueira de Pretto

Apelante: Unimed Campinas Cooperativa de Trabalho Médico

Apelado(a): Wagner Caixeta de Castro

Voto nº 02502

**APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR PERDAS E DANOS MATERIAIS E MORAIS.** Autor, portador de câncer de próstata, com prescrição de procedimento cirúrgico denominado “prostatectomia radical laparoscópica pelo método robótica”. Parcial procedência, para condenar a ré ao reembolso integral dos custos que o autor despendeu com o tratamento, afastada a pretensão de indenização por danos morais. Inconformismo da ré. Alegação de que a cirurgia não está prevista no rol da ANS e é expressamente excluída pelo contrato. Desacolhimento. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS. Súmula nº 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

**CUSTEIO DO TRATAMENTO.** Pedido subsidiário de reembolso parcial, nos limites do contrato. Desacolhimento. Unimed. Sistema de intercâmbio entre as operadoras de plano de saúde. Cooperativas que integram um mesmo grupo econômico. Ré que não se desincumbiu de demonstrar que disponibilizou ao autor hospital dentro da área de atuação contratualmente prevista apto a realizar o procedimento prescrito. Reembolso integral devido.

**COPARTICIPAÇÃO.** Validade da cláusula que prevê a coparticipação do beneficiário do plano de saúde em determinados procedimentos, desde que a limitação conste de forma clara e precisa, de forma a não causar dúvida no consumidor. Caso concreto. Ausência de efetivação do direito básico de informação adequada e clara ao consumidor. Artigo 6º, III, da Lei nº 8.078/1990. Previsão contratual que não obriga o autor, não obriga o autor, conforme previsão legal do artigo 46 do Estatuto Consumerista. Recurso desprovido.

Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença de fls. 298/302 que julgou parcialmente procedente a ação de indenização por perdas e danos materiais e morais movida pelo apelado em desfavor da apelante, nos seguintes termos:

*“Pelo exposto, com fulcro no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, julgo PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido inicial, com o fito de condenar a requerida a pagar ao autor a quantia de R\$ 40.000,00 a título de indenização por danos materiais, acrescido de correção monetária pela Tabela Prática do Tribunal de Justiça, a contar dos respectivos pagamentos (fls. 25/30), e de juros moratórios, de 1% ao mês, desde a citação.”*

O pedido de indenização por danos morais não foi acolhido. Pela sucumbência de ambas as partes, foi determinada a divisão ao meio das custas e despesas processuais, devendo a parte autora pagar honorários fixados em R\$ 2.000,00 ao patrono da ré e esta última, por sua vez, pagar ao patrono da parte contrária honorários fixados em 10% do valor da condenação.

Inconformada, apela a ré (fls. 319/337), sustentando a validade da recusa, vez que o procedimento pretendido não está previsto no rol da ANS, sendo assim, expressamente excluído do contrato.

Defende que a Resolução Normativa nº 387/2015 prevê o procedimento denominado “prostatavesiculectomia radical laparoscópica”, sem qualquer especificação sobre a técnica “robótica”, cujo tratamento seria plenamente eficaz ao caso do autor.

Entende que a Súmula nº 102 desta Corte tem caráter

meramente orientador e não vinculativo, devendo a sua aplicação ser relativizada conforme as circunstâncias do caso concreto.

Argumenta que o autor não buscou atendimento da rede credenciada, sendo totalmente descabida a cobertura no nosocômio em que se tratou o requerente. Entende que, em caso de manutenção, o reembolso deve ser parcial, mediante observância *“da tabela médica utilizada entre o plano de saúde e os prestadores credenciados, sob pena de se desvirtuar o contrato”*.

Por fim, argumenta que o contrato em sua cláusula “X” prevê mecanismos de regulação, estabelecendo que a coparticipação dos usuários nos procedimentos realizados, mesmo que da rede credenciada. Aduz, assim, que a coparticipação deve ser paga, sob pena de desequilíbrio contratual.

Recurso preparado e respondido (fls. 325/327).

### **É o relatório.**

Recebo o recurso em seus regulares efeitos, nos termos do artigo 1.012, do CPC. As partes não se opuseram ao julgamento virtual.

Compulsando os autos, anota-se a existência de relatório médico atestando que o autor é portador de adenocarcinoma de próstata (câncer de próstata), e, em razão das peculiaridades do seu quadro clínico, há necessidade de procedimento cirúrgico denominado *“prostatectomia radical laparoscópica pelo método robótica”* (fls. 16).

Desta maneira, havendo expressa indicação médica do

tratamento objeto dos autos, a questão já está sedimentada por este Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em sua Súmula nº 102, que assim dispõe:

“Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”.

Em casos análogos, já decidiu esta Colenda 6ª Câmara de Direito Privado:

“PLANO DE SAÚDE – Prostatectomia Radical Robótica – Negativa de cobertura do procedimento – Descabimento – Questão que se submete aos ditames do Código de Defesa do Consumidor – Incabível negar cobertura de tratamento ao segurado sob o fundamento de que o procedimento não está previsto no rol da Agência Nacional de Saúde – Demorados trâmites administrativos de classificação não podem deixar o paciente a descoberto, colocando em risco bens existenciais - Recurso desprovido.” (AP. nº 1098408-78.2015.8.26.0100 – Rel. Des. José Roberto Furquim Cabella – j. em 03/10/2016).

“APELAÇÃO CÍVEL. Plano de saúde. Negativa de autorização do tratamento "Prostatectomia radical robótica + Linfadenectomia Pélvica,". Alegação de que o procedimento não está previsto no rol da Agência Nacional de Saúde - ANS. Ilicitude na conduta da ré. Aplicação das súmulas 96 e 102 desta Corte. Prevalência do direito à saúde. Dano moral não configurado. Mero descumprimento contratual insuscetível de provocar sofrimento que justifique a condenação. RECURSO PROVIDO EM PARTE.” (Ap. nº 1122613-14.2015.8.26.0100 – Rel(a). Des(a). Ana Maria Baldy – j. em 08/02/2017).

No mais, descabido o pedido subsidiário de **reembolso parcial**. A ré não impugnou a alegação do autor de que o Hospital 9 de Julho, em que foi realizado o procedimento, é conveniado à Unimed São

Paulo, limitando-se a afirmar que o requerente buscou atendimento fora da área de atuação do plano, que segundo a cláusula “g.1” , estão incluídas as seguintes cidades: “*Campinas, Artur Nogueira, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Monte Mor, Paulínia, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo, todos no Estado de São Paulo.*” (fls. 61).

Sobre o tema, esta Corte vem reiteradamente decidindo que a UNIMED constitui uma única entidade, subdividida em diversas outras, assistindo aos usuários o direito ao intercâmbio em escala nacional.

Em suma, o associado de uma passa a ter direito aos serviços de todas, no país inteiro, quando necessitar, no local onde necessitar. Mesmo sendo pessoas jurídicas distintas e autônomas, são interligadas, disponibilizando a rede credenciada aos usuários.

Isto porque, é patente que referido sistema muitas vezes acaba criando dificuldades à fixação das responsabilidades, área de atuação e abrangência de cobertura, como aqui ocorre, o que conduz à conclusão de que a interpretação, a teor do Código de Defesa do Consumidor, deve ser realizada de maneira mais favorável ao usuário do plano.

Note-se, ainda, que a ré não indicou, sequer mencionou qual hospital dentro da área de atuação contratualmente prevista estaria apto a realizar o procedimento prescrito ao autor.

Neste sentido:

“PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. UNIMED. Paciente portador de carcinoma de próstata. Sentença de procedência. Recusa de tratamento em clínica indicada por médico por se encontrar fora da área de atuação da

operadora de plano de saúde. Preliminar de cerceamento de defesa rejeitada. Provas trazidas aos autos suficientes ao deslinde do litígio. Afastada a preliminar de falta de interesse de agir. **Sistema de intercâmbio entre as operadoras de plano de saúde. Cooperativas que integram um mesmo grupo econômico. Ré que não se desincumbiu de demonstrar que o hospital indicado está apto a realizar radioterapia por IMRT, guiada por imagem IGRT e braquiterapia da próstata, com implante de sementes de Iodo-125 para controle de neoplasia, o que equivale a recusa.** (grifo nosso) Inocorrência de sentença extra petita. Existência de correlação entre o pedido formulado na petição inicial e a sentença, uma vez que a lide foi decidida nos termos em que foi proposta. Mérito. Configurado defeito na prestação do serviço. Dada a gravidade do caso, a operadora de plano de saúde deve arcar com as custas do tratamento na clínica indicada pelo médico. Sentença mantida. **PRELIMINARES REJEITADAS. RECURSO DESPROVIDO**” (Ap. nº 1011419-25.2014.8.26.0320 – Rel. des. Paulo Alcides – 6ª Câmara de Dir. Priv. -j. em 10/09/2015).

"EMENTA PLANO DE SAÚDE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - Parcial procedência - Ilegitimidade passiva corretamente afastada. **Usuários aderentes a contratos com a Confederação recebem 'carteirinha' e são atendidos pela Unimed singular atuante na região de suas moradias (no caso da autora, a Unimed Araraquara, ora apelante). Ademais, a UNIMED é subdividida em diversas unidades com o propósito de criar dificuldades no momento da fixação das responsabilidades.** (grifo nosso) Precedentes desta Turma Julgadora envolvendo contrato idêntico - Apelo desta ré que sequer questiona a recusa na cobertura para o procedimento do qual necessitou a autora (cirurgia artrodese coluna) - Condenação a esse título mantida - Danos morais - Inocorrência – Ausência de dolo ou culpa da requerida (que cumpriu prontamente a tutela antecipada deferida) afasta a pretensão indenizatória a esse título - Procedimento que, ademais, não era emergencial - Risco de vida inexistente - Sentença mantida Recursos improvidos". (Apel.

0006036-30.2012, 8ª Câmara de Direito Privado, Rel. Salles Rossi, jul. 03/04/2013).

Assim, acertada a determinação de reembolso integral.

Por fim, quanto à **coparticipação**, esta Corte tem entendido pela validade da cláusula que prevê a coparticipação do beneficiário do plano de saúde em determinados procedimentos, desde que a limitação conste de forma clara e precisa, de forma a não causar dúvida no consumidor.

Em caso análogo, já decidiu esta Colenda 6ª Câmara de Direito Privado:

***“Apelação Cível - Plano de Saúde - Autora portadora de câncer - Limitação de custeio de medicamento - Contrato firmado em regime de coparticipação - Cláusula que não se reveste de abusividade, pois redigida de forma clara, precisa e em destaque - Abusividade não reconhecida (grifo nosso) Recurso desprovido.”*** (Ap. 1000116-68.2015.8.26.0032 – Rel. Des. José Roberto Furquim Cabella – j. em 18/02/2016).

No mesmo sentido:

***“PLANO DE SAÚDE – OBRIGAÇÃO DE FAZER – Parcial procedência - Atendimento domiciliar (“home care”) – Titular do plano, pessoa idosa (nascida no ano de 1916 e falecida no curso da lide), portadora do mal de Alzheimer em estágio final, teve expressa recomendação para a internação domiciliar – Alegação de ausência de previsão contratual que não afasta a cobertura, que é devida (Súmula 90 deste E. Tribunal de Justiça), sendo no entanto, válida a limitação constante em tabela própria (que estabelece regime de coparticipação), tal qual – Entendimento, aliás, em consonância com recente posicionamento do C. STJ, declarando a validade da cláusula de coparticipação (e, aqui, à razão de 10% a 25% das despesas, não havendo abusividade a ser reconhecida) (grifo nosso) – Correção***



*monetária, para fins de restituição/reembolso, que deve ser contada dos respectivos desembolsos e não apenas da data do ajuizamento - Sentença reformada apenas para este fim – Recurso da autora provido em parte, improvido o da ré” (Ap. nº 0351364-26.2009.8.26.0000 – Rel. Des. Salles Rossi – 20ª Câ. Extr. de Dir. priv. – j. em 19/04/2017).*

No caso, a cláusula que prevê a coparticipação foi assim redigida:

“X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. DA COPARTICIPAÇÃO

1.1. A CONTRATADA assegurará o atendimento previsto neste contrato, aplicando-se o mecanismo de regulação com a COPARTICIPAÇÃO do seguintes.

2. DA COPARTICIPAÇÃO NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2.1. Haverá COPARTICIPAÇÃO da Contratante, sobre o valor de cada consulta, por beneficiário, a contar da vigência do presente contrato, nos termos descritos na proposta de admissão.

2.2. Haverá COPARTICIPAÇÃO do BENEFICIÁRIO SOBRE O VALOR DE CADA Serviço de Diagnóstico e Terapia (SADT) e Serviços de Diagnóstico e Terapia Controlados (SADTC), nos termos descritos na proposta de admissão.

3. DA COPARTICIPAÇÃO NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES:

3.1. Haverá coparticipação única, no valor descrito na proposta de admissão por internação, independentemente do tempo de permanência no hospital.

3.2. Em caso de múltiplas internações, será cobrada a coparticipação, para cada evento, no limite estipulado na proposta de admissão.

3.3. Os valores estabelecidos para coparticipação nas internações hospitalares não serão indexados a procedimentos e/ou patologias.

3.4. Para efeito de cobrança da coparticipação para internações, considerar-se-á a data do primeiro dia de sua ocorrência”. (fls. 66).

Não há prévia informação no contrato sobre o percentual a ser arcado pelo beneficiário, tampouco prova de que houve prévia informação a este respeito na “proposta de admissão” (expressão utilizada na cláusula em estudo), motivo pelo qual, infringindo-se o direito básico de informação adequada e clara ao consumidor, nos termos do artigo 6º, III, da Lei nº 8.078/1990, tem-se que a coparticipação, neste caso, não obriga o autor, conforme previsão legal do artigo 46 do Estatuto Consumerista, com a seguinte redação:

**“Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigam os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance”.**

Ante o exposto, por meu voto, nego provimento ao recurso e fixo os honorários advocatícios de sucumbência recursais em 20% do valor da condenação, nos termos do art. 85, §11, do Código de Processo Civil, já considerado neste valor o montante fixado na origem.

**Rodolfo Pellizari**

**Relator**