



Número: **0080987-25.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 44.175,10**

Assuntos: **Espécies de Contratos, Planos de Saúde**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
_____ (AUTOR)		PEDRO ROSADO HENRIQUES PIMENTEL (ADVOGADO)	
_____ (RÉU)		ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61005 393	23/04/2020 19:11	Sentença	Sentença



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 14ª Vara Cível da Capital

**AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800**

Processo nº 0080987-25.2019.8.17.2001

AUTOR: _____

RÉU: _____

SENTENÇA

Vistos etc...

_____, devidamente qualificado nos autos, através de advogado, ajuizou a presente AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER em face da _____, juntando documentos.

Aduz o demandante ser contratante dos serviços prestados pela ré referente ao plano Especial II, produto 302, código de identificação _____, encontrando-se com suas prestações adimplidas há mais de 27 anos. Esclarecendo que, em verdade, a modalidade contratada seria de “seguro saúde”, que lhe permitiria atendimento médico por um prestador (médico e clínica) de livre escolha.

Denuncia, entretanto, que, com histórico de glaucoma, já tendo realizado cirurgia antiglaucomatosa, bem como já tendo se tratado de catarata, através de cirurgia de facectomia, em ambos os olhos. Na última consulta realizada, em junho/2019, diz ter sido detectado um aumento da escavação do nervo óptico, em ambos os olhos, porém mais acentuado no esquerdo, decorrente do glaucoma. Assim, recebeu a indicação de realizar, de forma urgente, os seguintes procedimentos no olho esquerdo:



I - ciclofotocoagulação transescleral com laser diodo micropulsado (código TUSS 30310024), com sonda micropulse P3 device box – Iridex (Anvisa 80497810024, Simpro 286241);

II – cirurgia fistulizante com implante de válvula de drenagem - stent inject trabecular (código TUSS 30310040 – Anvisa 80117580488, Simpro 291191).

De posse destas informações e de prognóstico tão preocupante e urgente, sobretudo por existir risco de perda irreversível da visão, diz ter informado à ré da necessidade de se submeter aos procedimentos e solicitou informações sobre a cobertura contratual, pelo canal de prévia de reembolso de honorários médicos, para obter os valores de reembolso dos materiais. Todavia, apenas recebeu resposta dos valores dos honorários médicos (prévia de reembolso em anexo), mantendo-se inerte a seguradora sobre a informação acerca dos materiais a serem utilizados na cirurgia (stent e sonda para laser de diodo).

De se destacar que o autor anexou o orçamento da clínica, que cobrará pela sonda o valor de R\$ 9.396,00 e pelo stent inject trabecular o valor de R\$ 15.329,65. Porém, foi ignorado o pedido de prévia de reembolso quanto a estes itens, essencial para organização financeira e planejamento de viabilidade da cirurgia pelo autor.

Somente em 30/08/2019 a ré respondeu à reclamação, mas nada esclareceu, pois se limitou a dizer que: *“não foi recepcionado pedido médico ou qualquer solicitação anteriormente para os procedimentos reclamados, deste modo, sem pedido médico não há houve a possibilidade de emitir parecer técnico, todavia nesta tratativa foi recepcionado relatório médico onde informa acerca da patologia e a proposta da realização de procedimentos, porém foi verificado em nossos sistemas que o Senhor possui tratativa judicial acerca desse pleito. Assim, encaminhamos os questionamentos para ciência do nosso Jurídico.”*

Por tudo, requer a antecipação dos efeitos da tutela no sentido de determinar que a ré seja compelida a autorizar o procedimento recomendado, qual seja ciclofotocoagulação transescleral com laser diodo micropulsado com sonda micropulse P3 device box – Iridex (código TUSS 30310024, Anvisa 80497810024, Simpro 286241) e cirurgia fistulizante com implante de válvula de drenagem - stent inject trabecular (código TUSS 30310040 – Anvisa 80117580488, Simpro 291191), para o olho esquerdo e, em seguida, arcar com o reembolso dos custos de todo o material envolvido na cirurgia pretendida, bem como os honorários médicos dos profissionais de sua livre escolha.

No mérito, requer a confirmação da liminar e indenização por danos morais no importe de R\$ 10.000,00.

O Juízo, por meio da decisão de ID nº 54849068, ao tempo em que deixou para apreciar o pedido de tutela de urgência após a oitiva da parte contrária, designou a audiência de que trata o art. 334, do CPC.

A ré, através da petição de ID nº 56543401, manifestou-se sobre o pedido liminar, requerendo seu indeferimento ao argumento de que o tratamento pleiteado é eletivo, não possuindo a urgência e emergência indicada nos autos. Além disso, defende a irreversibilidade da medida, bem como a inexistência de negativa administrativa de liberação da cirurgia requerida na inicial.



Sustenta, ainda, que o médico e a clínica, na qual será realizado o procedimento, não constam na relação de profissionais credenciados à seguradora ré, razão pela qual defende o reembolso parcial, nos termos do contrato firmado entre as partes.

Citada, a demandada, por meio do petição de ID nº 57937874, apresentou defesa, em forma de contestação, aduzindo, preliminarmente, a ausência de interesse processual ante a inexistência de negativa de pedido de reembolso.

No mérito, defende, em síntese, a inexistência de recusa administrativa de autorização do procedimento requerido na inicial e a impossibilidade de custeio e reembolso integral ao argumento de que cumpriu os termos do contrato firmado entre as partes e a legislação vigente, já que o médico e a clínica indicados na inicial não constam na relação de profissionais credenciados à seguradora. Sustentando, ainda, o exercício regular de direito e a inexistência de ilícito. Por tudo, pugna pela improcedência do pedido autos. Com a contestação, vieram documentos.

Termo de audiência de que trata o art. 334, do CPC, na qual as partes não chegaram a um acordo (ID nº 58004041).

Réplica (ID nº 59525450).

Intimados do despacho ordinatório de ID nº 59916150, as partes pugnaram pelo julgamento antecipado da lide, nos termos constantes nas petições de ID nº 59958703 e ID nº 60631743.

Petição de ID nº 60702273, na qual o autor pede a apreciação pelo Juízo do pedido liminar.

Voltaram-me os autos conclusos.

Eis o relatório. Decido.

Trata-se de **Ação de Obrigação de Fazer cumulada com Pedido de Indenização por Danos Morais e Tutela Provisória Antecipada de Urgência** ajuizada por _____ contra _____, em que se pretende compelir a ré a autorizar os procedimentos cirúrgicos recomendados pelo médico assistente, quais sejam: ciclofotocoagulação transescleral com laser diodo micropulsado com sonda micropulse P3 device box – Iridex e cirurgia fistulizante com implante de válvula de drenagem - stent inject trabecular), no olho esquerdo do autor e, em seguida, arcar com o reembolso dos custos de todo o material envolvido na cirurgia pretendida, bem como os honorários médicos dos profissionais de sua livre escolha, além de indenização por danos morais.

Existindo questão preliminar que antecipa – lógica e cronologicamente – o juízo de mérito, passo a apreciação.



Sustenta a ré a carência do direito de ação por inexistir nos autos qualquer prova do requerimento ou da negativa administrativa do procedimento requerido, razão pela qual o feito haveria de ser extinto sem resolução do mérito. Adiantado, de logo, razão não lhe assiste. Isto porque a própria peça de defesa já confessa a negativa de concessão dos procedimentos cirúrgicos na forma requerida pelo autor. Aliás, não resta dúvida que houve dita negativa, pois a própria ré defende, na sua peça de defesa, em síntese apertada, que o reembolso deve ser parcial e não integral, nos moldes fixados no contrato firmado entre as partes, já que o médico e a clínica indicados na inicial não constam na relação de profissionais credenciados à seguradora. Ora, pretendendo o autor o custeamento dos procedimentos cirúrgicos e o reembolso na forma indicada na inicial e não tendo havido cobertura, é certo dizer que está intocável o interesse do requerente e, portanto, a condição da ação, razão essa pela qual rejeito a preliminar arguida.

Superada a questão de ordem processual, passo ao exame do mérito.

De início, é importante destacar que é aplicável ao caso sob análise a súmula de nº 608, do STJ, que diz: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”*.

Nestes termos postos, o contrato de prestação de assistência à saúde há de ser lido ao influxo da legislação consumerista, reputando-se nulas de pleno direito, nos termos do art. 51 da Lei n. 8.078/90, entre outras, as cláusulas que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, ou coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou equidade.

Ainda é preciso salientar que o preceito legal citado é norma de dirigismo contratual, meramente exemplificativa, pois qualquer cláusula que ameace o objeto ou equilíbrio contratual, colocando o consumidor em situação desvantajosa, poderá ser considerada abusiva.

Inicialmente, resta incontroverso o vínculo de direito obrigacional que une as partes, com base nas alegações das partes e nos documentos colacionados.

Como sabido, a saúde foi inserida na Constituição Federal como um dos direitos previstos na Ordem Social (artigos 196, 197, 199 da CF/88). Trata-se, assim, de um bem de extrema relevância à vida e à dignidade humana, sendo pré-requisito, inclusive, à existência e exercício de todos os demais direitos.

Em seu artigo 196, a Carta Magna assegura que:

Art. 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação".

Cumpra esclarecer, porém, não se constituir como atividade sujeita ao monopólio do Estado, estando aberta à iniciativa privada, somente cabendo ao Poder Público a regulamentação, fiscalização e controle da execução de dita atividade.



É que, por assegurar o exercício dos demais direitos fundamentais, a saúde não pode ser tratada como simples mercadoria. É desnecessário lembrar que, por trás desta espécie de contrato, embora de conteúdo econômico, existem vidas a serem protegidas. O particular que presta uma atividade econômica correlacionada com os serviços médicos e de saúde, portanto, possui os mesmos deveres do Estado, devendo seu contrato ser submetido às normas constitucionais e infraconstitucionais diretamente ligadas à matéria. Ou seja, apesar da assistência à saúde ser livre à iniciativa privada, esta não pode exercer a sua liberdade econômica de forma absoluta, encontrando limitações destinadas a promover a defesa do consumidor dos serviços de saúde, a fim de que seja atingida a finalidade de assegurar a todos uma existência digna conforme os ditames da justiça social (art. 170, Constituição Federal).

Na elaboração e na celebração deste pacto, em se tratando de matéria contida no âmbito do que dispõe o Código de Defesa do Consumidor, possuem as partes o dever de agir com boa-fé, entendida não como mera intenção, mas como imperativo objetivo de conduta, exigência de respeito e lealdade, preservando-se a dignidade, a saúde, a segurança e a proteção dos interesses econômicos do segurado, em face da presunção legal de sua vulnerabilidade.

Também prevalente outro norte de relevância para o caso que é a regra da solidariedade (art. 3º, I, da CF), compreendendo-se que o contrato não deve ser entendido como apenas as pretensões individuais dos contratantes, mas, destaque-se, como verdadeiro instrumento de convívio social e de preservação dos interesses da coletividade. É ensinamento do Min. Ruy Rosado de Aguiar, que “além de útil, um contrato tem de ser justo”.

Dito isso e após análise detida do relatado, observo que o cerne da controvérsia reside, não na negativa de realização do procedimento cirúrgico, por não ser a avença firmada entre as partes de prestação de serviço de saúde (plano de saúde), mas, sim, sobre a existência ou não de ilícito quanto ao não reembolso integral de todas as despesas inerentes aos procedimentos cirúrgicos na forma solicitada pelo médico assistente do autor (ID nº 54403225, ID nº 54403226 e ID nº 54403229). E, se, em razão da negativa, tal fato seria indenizável a título de danos morais.

De partida, destaco que é fato incontroverso que os procedimentos cirúrgicos descritos na inicial não só foram requeridos por médico não credenciado à seguradora ré como também serão realizados em clínica não credenciada. Além disso, o contrato firmado entre as partes diz respeito a seguro saúde e não plano de saúde.

Oportuno, deste modo, antes de adentrar no mérito propriamente dito da demanda, esclarecer as diferenças existentes na contratação de um plano de saúde e de um seguro de saúde. Embora ambas as espécies, para fins de fiscalização, sejam tratadas como plano privado de assistência à saúde, nos termos Lei 10.185/2001, na prática, existe uma diferença substancial, qual seja: enquanto no seguro saúde o reembolso é a regra, possibilitando livre escolha de médicos e hospitais; nos demais planos de saúde, o reembolso é excepcional, sendo pouco comum e muitas vezes restrito a planos adquiridos apenas pelas classes de renda mais alta.

Ambos oferecem serviços de assistência médica diferenciados, com maior ou menor abrangência, de acordo com o contrato assinado entre as partes. Assim, tanto no seguro como no plano de saúde, o contratante pode escolher entre contratos individuais ou familiares e contratos coletivos empresariais ou por adesão.



O seguro saúde, entretanto, se ocupa, essencialmente, de contratos onde os elementos principais são o risco e a livre escolha do segurado. Tem como objetivo o reembolso de despesas médicas com cirurgias, exames clínicos, tratamentos, consultas e internações realizadas pelo segurado por um médico, clínica ou hospital de sua preferência, estando obrigadas ao custeamento dos tratamentos das doenças de cobertura obrigatória, tudo, entretanto, nos limites do contrato.

A escolha pelo consumidor pela contratação de um seguro de saúde, como se pode observar, é verdadeira espada de Dâmocles suspensa sobre sua cabeça, à medida que, embora possibilite a livre escolha dos médicos e hospitais que pretende se valer, outorgando-lhe maior flexibilidade, o limite do reembolso é previamente fixado, cabendo ao interessado sobreponderar a escolha do profissional, da clínica ou do hospital em que fará seu tratamento.

É certo que a seguradora deve oferecer reembolso em todas as categorias, de acordo com o plano escolhido, permitindo a livre escolha de médicos e serviços; o reembolso, entretanto, é que será limitado.

Analisando o mérito da demanda, entendo imperiosa a análise dos termos do contrato firmado entre as partes, de modo a possibilitar uma solução adequada ao caso.

Bem observando o contrato firmado entre as partes colacionado aos autos (ID nº 57937875), em especial o contido nas cláusulas 8/10, inobstante se prever a possibilidade do segurado se valer dos serviços de hospitais e médicos não referenciados, para esses casos, é expreso ao firmar a necessidade de observância dos limites de reembolso ali estabelecidos.

Portanto, entendo que o pacto celebrado entre as partes é bastante claro e objetivo quanto à questão do reembolso, ponto controvertido da lide, razão pela qual não há que se falar em violação do dever de informação. Por consequência, entendo que deve a ré arcar apenas com os gastos do autor nos limites contratuais, e não fora dos limites destes, em respeito ao princípio da isonomia contratual.

Como se sabe, os seguros de saúde funcionam e se mantêm observando uma projeção atuarial que, obrigatoriamente, deve levar em consideração os requisitos de custos e benefícios, projeção que lhe dará base financeira e sólida, sem a qual não terá base de sustentação e caminhará fatalmente à falência, se desrespeitado. Dirigindo-se a uma universalidade de pessoas, a necessidade de observância das amarras contratuais é ferramenta necessária para evitar eventuais prejuízos a um quantitativo indeterminado de segurado, que podem amargar a quebra da empresa que os assegura, não se mostrando razoável a aplicação de interpretação diversa.

O reembolso das despesas médicas e hospitalares, desta forma, não há de ser integral, já que o cálculo há de ser elaborado de acordo com os limites de cobertura estabelecidos no contrato pactuado, conforme os valores e critérios ali estabelecidos. Principalmente, pelo fato de que o autor pretende realizar os procedimentos cirúrgicos na rede não credenciada (médico não credenciado e clínica igualmente não credenciada).

A jurisprudência pátria, inclusive, vem partilhando deste entendimento, inclusive nos casos de contratação de plano de saúde, senão vejamos:



Ementa: PLANO DE SAUDE. NEGATIVA DE COBERTURA E REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES (CIRURGIA DE HÉRNIA DISCAL LOMBAR). INTERPRETAÇÃO DO CONTRATO DE ACORDO COM O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E LIMITES DE COBERTURA CONTRATUAIS. CASO EM QUE HOUVE NEGATIVA A COBERTURA DE CIRURGIA DE URGÊNCIA.

LIMITES DO REEMBOLSO, TRATANDO-SE DE CONTRATO DE SEGURO SAÚDE, O REEMBOLSO DEVE SER LIMITADO AO ESTABELECIDO NA

APÓLICE. 1. Plano de saúde anterior à Lei nº 9.656/98. O autor firmou contrato de plano de saúde em setembro de 1993 (fls. 92/98), e necessitou de realização de procedimento cirúrgico de urgência para tratamento de hérnia discal lombar (fls. 11/12), quando teve negado pela ré a cobertura integral dos procedimentos médicos e hospitalares, no valor de R\$ 23.689,78. 2. A cirurgia se deu em regime de urgência e mediante a "livre escolha" do autor na contratação de médicos e hospitais particulares, ante as inúmeras negativas da ré em autorizar os serviços, impondo-se a aplicação da cláusula 4.1 do contrato, para assegurar o reembolso das despesas pagas, porém, dentro dos limites de coberturas contratados e dispostos na mesma cláusula. 3. **Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor. Cláusulas devem ser interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor, mas com observância aos limites do contrato privado e aos princípios da autonomia de vontades. Obrigação de restituição devida nos limites das tabelas de fls. 103/109.** 4.

Dano moral não configurado. Ausente prova da recusa injustificada da ré, capaz de gerar ilicitude. Descumprimento e desacerto contratual que não ampara a pretensão indenizatória extrapatrimonial. Sentença reformada em parte. Recurso provido em parte. (Recurso Cível Nº 71005757067, Quarta Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Glaucia Dipp Dreher, Julgado em 29/01/2016).

RECURSO INOMINADO. PLANO DE SAÚDE. DESPESAS DE CONSULTAS E EXAMES REALIZADOS EM CARÁTER PARTICULAR. GRAVIDEZ COMPLICADA. EXIGENCIA DE MOTIVAÇÃO DO NÚMERO EXTRAORDINÁRIO DE EXAMES DEVIDAMENTE ATENDIDA POR RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE. NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DOS LIMITES DA TABELA DE REEMBOLSO CONSTANTES DO CONTRATO. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (Recurso Cível Nº 71004216321, Primeira Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Roberto José Ludwig, Julgado em 25/06/2013).

APELAÇÃO CIVEL. SEGUROS. AÇÃO DE RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES. Contrato de plano de saúde prevê os limites para reembolso das despesas realizadas. Limites fixados em expressa cláusula contratual. Ausência de negativa de pagamento pela apelante. Apelo provido. (Apelação Cível Nº 70058118969, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Elisa Carpin Corrêa, Julgado em 03/04/2014).

APELAÇÕES CÍVEIS. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. AGRAVO RETIDO. VALOR DA CAUSA. NEGATIVA DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA EM HOSPITAL NÃO CREDECIADO. ALEGAÇÃO AFASTADA. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. ART. 20º, §4º, DO CPC. COMPENSAÇÃO DA VERBA HONORÁRIA. Agravo Retido. Mantido o valor da causa, uma vez que o pedido principal é de obrigação da ré em cobrir a cirurgia e internação em nosocômio não referenciado pela seguradora. MÉRITO. O Hospital Dom João Becker de Gravataí consta na lista referenciada pela ré. Condenação mantida nos limites da apólice, cujos valores a título de reembolso deverão ser apurados em liquidação de sentença. Danos morais O descontentamento da parte autora quanto à falha na prestação de serviços pela parte ré de negar a cobertura em hospital não referenciado, no caso concreto, restou caracterizado como



mero dissabor ou mero desacerto contratual, não podendo ser entendido como dano moral, pois que não violado seus direitos de personalidade. Honorários advocatícios Tratando-se de demanda cuja condenação não resta fixada em valor pecuniário, os honorários devem ser arbitrados em consonância com o § 4º do art. 20 do CPC. Precedentes jurisprudenciais. Da Compensação dos Honorários Advocatícios da Sucumbência. Não tenho nenhuma dúvida em afirmar que aos honorários de sucumbência devem ser garantida a autonomia e o reconhecimento de sua natureza alimentar. No entanto, apesar desse meu entendimento minoritário, o Superior Tribunal de Justiça e demais Tribunais de nosso País, quando tratam da sucumbência recíproca, têm reiteradamente mantido o entendimento da Súmula 306 do STJ, no sentido de permitir a compensação. AGRAVO RETIDO DESPROVIDO. APELOS PARCIALMENTE PROVIDOS, POR MAIORIA. (Apelação Cível Nº 70049457021, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Gelson Rolim Stocker, Julgado em 31/10/2012).

Oportuno destacar não se tratar de limitação ao número de consultas, procedimentos ou intervenções a serem realizadas pelo contratante, que, como se sabe, nestes casos seria abusiva, mas, sim, de limite de reembolso para cada um dos procedimentos realizados e pagos pelo segurado, individualizadamente. Significa dizer, doutro modo, que, necessitando o autor de mais de uma intervenção cirúrgica, cada uma delas, individualizadamente, será reembolsada nos limites do contrato, não importando, neste particular, o quantitativo de vezes que precisará se valer do procedimento.

Entendo que, *in casu*, a cláusula limitativa do reembolso se encontra, inclusive, redigida de forma que possibilita a fácil compreensão e com destaque, não sendo lícito ao segurado, sequer, se valer dos termos do art. 54, §4º, do CDC.

A bem da verdade, como se não bastassem todas os argumentos até então tecidos, a cláusula limitativa do reembolso é necessária não somente para manutenção do equilíbrio contratual, mas também porque não se mostra razoável impor à seguradora de saúde a responsabilização pela cobertura integral dos honorários a serem pagos pelo autor, que escolhe livremente tanto o médico assistente quanto a clínica para realizar os procedimentos cirúrgicos indicados na inicial, quando podia se valer da rede de serviços referenciados, cujas despesas seriam integralmente acobertadas, segundo expressa previsão contratual.

A cláusula limitativa, ademais, encontra respaldo legal no art. 12, VI, da Lei 9.656/98, ao prever:

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;



A título de exemplo, cito outros precedentes jurisprudenciais:

Seguro saúde PRETENSÃO DE RESSARCIMENTO INTEGRAL DA INTERNAÇÃO em clínica de reabilitação para tratamento de dependência química em drogas Inadmissibilidade, tendo em vista que o tratamento fora REALIZADA FORA DA REDE CREDENCIADA, CONSIDERANDO-SE LEGÍTIMA A APLICAÇÃO DA CLÁUSULA QUE PREVÊ LIMITE DE REEMBOLSO CLÁUSULA CONTRATUAL, que embora não disponha de forma clara os parâmetros para o reembolso, não é abusiva, já que não impede a verificação pelo segurado dos valores utilizados para se alcançar a quantia a ser reembolsada Sentença mantida Não provimento (Ap nº 0222254-62.2009, Rel. Des. Ênio Zuliani, j.17/01/2013)

Seguro SAÚDE REEMBOLSO PARCIAL DE DESPESAS MÉDICO- HOSPITALARES Ação de cobrança c.c. indenizatória por danos morais Procedência em parte Inconformismo da ré Acolhimento Contrato que prevê reembolso de despesas em caso de escolha de prestadores não credenciados NATUREZA DA AVENÇA A POSSIBILITAR CLÁUSULA LIMITANDO O VALOR DE REEMBOLSO FÓRMULA DE FÁCIL COMPREENSÃO Apelante que não alega incorreção dos valores utilizados no cálculo Sentença reformada, para julgar a ação improcedente Recurso provido. (Ap nº 014012-63.2010, Rel. Des. Grava Brazil, j.08/05/2012).

Entendimento diverso que possibilite ao contratante, a sua livre escolha, se valer dos procedimentos mais dispendiosos e complexos na expectativa de reembolso integral, desta forma, só contribuiria para completa desestruturação da seguradora de saúde e, por consequente, do equilíbrio e da boa-fé que devem balizar e nortear as avenças dessas espécies, que, na espécie, ferre a ferro e fogo à demandada.

É oportuno destacar, repita-se, que o autor não pretende que a ré custeie os procedimentos cirúrgicos descritos na inicial na rede credenciada, mas, sim, pretende o reembolso integral das despesas com médico e clínica de livre escolha não integrantes na rede credenciada da seguradora ré. Não sendo, assim, lícito, quiçá, razoável a chancela da pretensão inaugural, sob pena da completa desvirtuação do objeto negocial e do pacto firmado. Para atestar a flagrante abusividade da pretensão, basta considerar que, caso todos os segurados se valesse dos serviços mais caros e dispendiosos na expectativa do reembolso integral dos valores pagos, em pouco tempo o futuro da seguradora estaria comprometido, ante o total desequilíbrio entre as receitas e despesas do cofre e desconsideração da projeção atuarial, o que é inadmissível.

Inexistindo, portanto, ilícito na prática da suplicada de não autorizar o reembolso integral, inexistente dano moral a ser indenizado.

Ante todo o exposto e considerando tudo mais que dos autos constam, portanto, **JULGO TOTALMENTE IMPROCEDENTES OS PEDIDOS AUTORAIS** ante a absoluta ausência de respaldo legal, e, via de consequência, extingo o presente feito com julgamento do mérito, nos termos do art. 487, I, do CPC.

Sucumbente, responde o demandante pelas custas processuais, já adiantadas, e honorários advocatícios que fixo em R\$ 1.000,00 (mil reais), com base no art. 85, §8º, do CPC.



Havendo a interposição de recurso, intime-se a parte contrária para, no prazo legal, apresentar contrarrazões, remetendo-se – em seguida – os autos ao E.TJPE para processamento e julgamento.

Transitado em julgado e nada tendo sido requerido, arquivem-se os autos, devendo a secretaria providenciar eventual desarquivamento futuro somente se existente petição fundamentada capaz de justificar dito procedimento.

P.R.I.C.

Recife, 23 de abril de 2020.

Clara Maria de Lima Callado

Juíza de Direito

2

