Sentença proferida pela 13ª Vara Cível de Campo Grande julgou parcialmente procedente a ação movida por A.C.C. contra um plano de saúde por responsabilidade de reembolso de gastos médicos. A empresa ré foi condenada ao reembolso das despesas médico-hospitalares da autora, nos limites contratuais e dentro da tabela de custos praticada pela operadora na sua rede credenciada, cujo montante deverá ser apurado em liquidação de sentença.

Narra a autora que mantém com a ré contrato de plano de saúde, com abrangência nacional, de ampla cobertura, o qual há mais de 10 anos é pago regularmente. Asseverou que, em julho de 2013, sentindo fortes dores de cabeça, procurou seu médico, que solicitou exame de ressonância magnética, cujo laudo diagnosticou imagem sugestiva de aneurisma.

Alega que seu médico, em razão da complexidade, especificidade e urgência de seu caso, recomendou que realizasse nova consulta na cidade de São Paulo, com outro profissional, o qual, também diante da delicadeza e especificidade do caso, a encaminhou para profissional de referência na área de microcirurgia vascular intracraniana. Afirmou que, após novos exames, o diagnóstico de aneurisma foi confirmado, com indicação para cirurgia urgente, a qual foi realizada em 3 de setembro de 2013, no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

Informou que, nesse período, entrou em contato com a ré para cobertura do procedimento, que, contudo, lhe foi negado, sob a alegação de não ser o hospital credenciado e por não se tratar de procedimento de urgência/emergência. Sustentou que, todavia, o hospital em que foi realizada a cirurgia é credenciado da ré e o seu quadro era de alta gravidade e especificidade, demandando urgente intervenção, tanto que foi encaminhada para consultas com especialistas na cidade de São Paulo. Ressaltou que o Estado de MS possui déficit de hospitais e profissionais altamente qualificados nesta área médica, o que motivou a realização das consultas com especialistas de SP e cirurgia naquele hospital.

Pontuou que solicitou à ré o reembolso das despesas médicas e hospitalares, no montante de R$ 158.603,43, tendo recebido como proposta de restituição apenas o valor de R$ 38.964,00, que, porém, não foi aceita, por não representar sequer 25% do despendido. Destacou a incidência das normas consumeristas no caso e a responsabilidade objetiva da ré pela prestação de serviço defeituoso.

Ao final, requereu a procedência dos pedidos, com a condenação da ré ao ressarcimento dos valores despendidos, com um decréscimo de 35%, em razão da diferença da acomodação contratada e utilizada, que perfaz R$ 103.092,23, acrescidos de correção monetária e juros de mora, e ao pagamento de R$ 80.000,00, a título de danos morais sofridos.

Citada, em contestação a ré pontuou que a autora tinha ciência de que o hospital e o médico que escolheu para realizar o atendimento não são credenciados da ré e que praticam tabela própria, de alto custo. Sustentou que em Campo Grande e em São Paulo haviam profissionais e rede de estabelecimento próprios aptos para a realização dos procedimentos, que poderiam ser utilizados pela autora.

Invocou as disposições da Lei n. 9.656/98, discorreu sobre o conteúdo das cláusulas contratuais e concluiu que a busca de atendimento por profissionais não cooperados e hospitais não credenciados é causa expressa de exclusão de cobertura. Aduziu que as operadoras de plano de saúde são obrigadas a realizar o reembolso de despesas custeadas pelos beneficiários, desde que em situação de emergência/urgência ou não sendo possível a utilização dos serviços próprios credenciados, o que não seria o caso.

Ressalta que, na hipótese de reembolso, este deve ser limitado aos valores estabelecidos no contrato e na tabela da operadora. Entendeu que não praticou nenhum ato ilícito e que não houve comprovação do dano moral alegado, sendo descabida a respectiva indenização. Asseverou a legalidade das cláusulas contratuais, principalmente daquelas que estabelecem limitações de

cobertura. Ao final, requereu a improcedência dos pedidos, ou, se assim não for, que o reembolso seja efetuado nos limites da sua tabela de valores.

Em análise dos autos, o juiz Alexandre Corrêa Leite fala sobre a cláusula de reembolso. “Nesse passo, de acordo com a legislação de regência e da leitura da cláusula contratual, cuja validade – é bom frisar – em nenhum momento foi questionada nos autos, é possível verificar que para o beneficiário de plano de saúde fazer jus ao ressarcimento de despesas de serviços médicos utilizados fora do plano de saúde contratado ou de seus credenciados deve se estar diante de um caso de urgência ou emergência ou de impossibilidade de utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados”.

“Frise-se, ademais, que a legislação não determina a quantidade específica de tempo para se configurar um caso de emergência, pressupondo-se apenas a iminência de risco de vida ou de lesão irreparável. E esse era claramente o caso da autora, pois, como bem apontou, possuía uma ‘bomba relógio’ na cabeça que poderia ‘explodir’ a qualquer tempo, não sendo razoável impor-lhe que aguardasse a disponibilização pela ré de outros médicos e hospitais credenciados para o seu tratamento”, ressaltou o magistrado.

O pedido de danos morais foi julgado improcedente, pois não houve recusa da ré na cobertura dos procedimentos em si, mas o reembolso da integralidade do valor pretendido pela autora, já que ofertou pagamento à autora, o que por ela não foi aceito.

Nesse sentido, a jurisprudência apontou que, ao recusar a restituição integral das despesas médico-hospitalares pelo uso de rede não credenciada, o plano de saúde não pratica ato ilícito a ensejar indenização por danos morais.

Processo nº 0810949-52.2014.8.12.0001

Fonte: TJMS, em 16.08.2018.