

**AÇÃO DE COBRANÇA - PLANO DE SAÚDE - VALORES PAGOS - REEMBOLSO - PROCEDIMENTOS SEM EXCLUSÃO EXPRESSA - NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO - INADMISSIBILIDADE - CLÁUSULA CONTRATUAL - REDAÇÃO DÚBIA - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - APLICAÇÃO**

**Ementa: Ação de cobrança. Plano de saúde. Reembolso dos valores pagos. Procedimentos não excluídos expressamente. Redação dúbia de cláusulas. Alegação do consumidor. Não-comprovação do plano de saúde. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**

**- Ao consumidor que contratou plano de saúde para resguardar-se de eventual necessidade de tratamento e assistência médico-hospitalares e que paga as mensalidades devidas em dia não pode ser negada cobertura de cirurgia e tratamento de urgência, sem que haja expressa restrição no contrato firmado.**

**- Não havendo nos autos prova expressa de negativa, a presunção da cobertura milita em favor do consumidor, seja por ser a parte hipossuficiente, seja porque a obrigação da operadora contratada era de oferecer tratamento e assistência à saúde.**

APELAÇÃO CÍVEL N° 1.0024.04.532310-2/001 - Comarca de Belo Horizonte - Apelante: Unimed-BH - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. - Apelados: Dirce Diniz Mendes e outro - Relator: Des. PEDRO BERNARDES

**Acórdão**

Vistos etc., acorda, em Turma, a 9ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos e das notas taquigráficas, EM, USANDO DE PRERROGATIVA REGIMENTAL, REJEITAR PRELIMINAR E DAR PARCIAL PROVIMENTO.

Belo Horizonte, 17 de abril de 2007. - *Pedro Bernardes* - Relator.

**Notas taquigráficas**

O Sr. Des. *Pedro Bernardes* - Trata-se de ação de cobrança ajuizada por João Mendes em face de Unimed-BH - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., em que o MM. Juiz *a quo*, nas f. 273/275, julgou procedente o pedido inicial, para condenar a requerida ao pagamento da quantia de R\$ 7.198,36 (reembolso das despesas médicas e hospitalares).

Inconformado com a r. sentença, a ré interpôs apelação (f. 289/303), alegando, preliminarmente, que não foi feita a substituição processual após o óbito do autor; que a sen-

tença deve ser declarada nula, tendo em vista que não houve a regularização da representação processual. No mérito, alega que o apelado celebrou contrato de prestação de serviços médico-hospitalares com a apelante, em 1995, não regulamentado pela Lei 9.656/98; que, de acordo com a cláusula 8, "o", os serviços contratados pelo apelado compreendem aqueles especificados na tabela de honorários médicos da Unimed, que é fornecida pela apelante como parte integrante do contrato; que, corroborando a informação, a cláusula 4, "c", do contrato dispõe claramente que são cobertos exames de laboratório e de RX nos locais designados e constantes da Tabela de Honorários Médicos da Unimed-BH; que os exames excluídos da tabela e realizados pelo apelado não possuem cobertura contratual; que o contrato celebrado entre as partes expressamente exclui, em sua cláusula 8, cobertura para radioterapia, sendo que tal cláusula foi redigida em destaque e é de fácil compreensão; que existem vários julgados que respaldam o apelo da parte ré; que o contrato celebrado entre as partes atende a todas as disposições do CDC, não havendo qualquer nulidade; que o CDC permite a inserção de cláusulas restritivas de direito, desde que redi-

gidas de forma clara, em destaque, permitindo seu fácil entendimento pelo consumidor; que o CDC foi concebido para proteção ao consumidor, mas essa proteção não é absoluta a ponto de desorganizar a vida social e econômica, para gerar o rompimento do ponto de equilíbrio financeiro do contrato; que, quando a apelante calcula o valor das prestações a serem pagas pelo consumidor, assume que aquele valor é suficiente para manter o ponto de equilíbrio financeiro, respeitando-se as carências e as cláusulas contratuais; que, como a cirurgia e o exame pretendidos pelo apelado não possuem cobertura contratual, a obrigação imposta à apelante de arcar com os custos dos mesmos desequilibra o contrato a favor do consumidor; que, se a apelante tiver que reembolsar os procedimentos médicos pretendidos pelo apelado, tal reembolso deve obedecer ao valor constante da Tabela de Honorários da Unimed-BH, visto que o atendimento dos procedimentos de forma particular possui valor muito superior aos praticados na referida tabela.

O apelado apresentou contra-razões (f. 306/311), alegando que, nos termos do art. 265, § 1º, *b*, do CPC, o processo só se suspenderá a partir da publicação da sentença para a substituição processual em caso de morte; que, no caso dos autos, não houve qualquer irregularidade. No mérito, alega que, nos contratos de adesão, as cláusulas limitativas do direito do consumidor devem vir redigidas em destaque, estando eivada de vícios e de nulidade a cláusula 8, "o"; que o contrato era de adesão, sendo que o consumidor não tem a opção de escolha das condições a que deseja aderir; que não há rompimento do equilíbrio contratual em face da nulidade e abusividade da mencionada cláusula contratual; que o pedido de reembolso apenas dos valores da tabela está desprovido de fundamentos, porque os valores dos recibos demonstram os valores pagos e porque a apelante não acostou os valores que seriam devidos conforme a referida tabela.

Preparo devidamente efetivado à f. 304.

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço dos recursos.

Preliminar de nulidade da sentença por irregularidade de representação.

Compulsando os autos, verifica-se o falecimento do autor, noticiado à f. 278, juntamente com a certidão de óbito de f. 279 e o pedido de habilitação, juntamente com a procuração dos herdeiros.

Ressalte-se que tais documentos foram juntados após a publicação da sentença, não havendo qualquer motivo para declarar sua nulidade.

Por outro lado, o incidente de habilitação foi regularmente instaurado e decidido, conforme f. 321/325, sem que fosse interposto qualquer recurso da referida decisão.

Rejeito, pois, a preliminar.

Mérito.

Inicialmente, impende ressaltar que a incidência do Código de Defesa do Consumidor à relação *sub judice* é incontestável, enquadrando-se a apelante perfeitamente no conceito de fornecedora, conforme dispõe o art. 3º, § 2º, da Lei nº 8.078/90, e o autor na qualidade de consumidor do serviço prestado.

O contrato adesivo que coloca no mercado planos de saúde, avença regulada através de um contrato de prestação de serviços médicos, na sua execução, está sujeito à aplicação do Estatuto Consumerista, visto que evidenciada a condição de fornecedora de serviços da cooperativa contratada, tendo figurado como destinatária a consumidora final, elementos que caracterizam uma relação de consumo, nos moldes dos arts. 2º e 3º do CDC. A saúde, bem relevante à vida e à dignidade da pessoa humana, foi elevada na atual Constituição Federal à condição de direito fundamental, não podendo ser, portanto, caracterizada como simples mercadoria, nem pode ser confundida com outras atividades econômicas. Sendo detectada a natureza abusiva de cláusula contratual, possibilita ao Judiciário declarar a sua ineficácia (TAMG - Apelação Cível nº 324.266-6 - Rel. Juiz Edilson Fernandes - DJ de 14.02.01).

Assim, tal contrato deve ser interpretado em favor do consumidor, ainda mais, no presente caso, em que a apelante não juntou qualquer prova de suas alegações. Verifica-se que a apelante juntou apenas um documento: o Anexo I da Resolução Normativa nº 82, que, segundo consta, trata-se da lista de cobertura obrigatória nos planos de assistência à saúde, nos termos do art. 10 da Lei 9.656/98.

Ocorre que tal documento não tem qualquer relação com a matéria discutida nos presentes autos, até porque a primeira alegação de mérito no recurso é no sentido de que a referida lei não é aplicável ao contrato em tela.

Portanto, o contrato que deve ser analisado é apenas o colacionado pela parte autora, qual seja o aditivo contratual de f. 13/14v. Isso porque consta do referido aditivo que,

Pelo presente termo de aditamento contratual, as partes, já qualificadas no instrumento principal, de comum acordo, resolvem ampliar o contrato de prestação de serviços assistenciais que celebraram em 21.12.95, prevalecendo as alterações a partir de 1º.02.96, e o fazem mediante as seguintes cláusulas e condições: o de serviços assistenciais que celebraram em 21.12.95, prevalecendo as alterações de prestação à apelante.

Nos termos da cláusula 4.2 (f. 13),

a Unimed-BH assegurará ao contratante e seus dependentes legais a internação hospitalar, em quarto privativo ou apartamento, para tratamento clínico ou cirúrgico limitada a 10 dias/ano por usuário (...).

Já a cláusula 4.3 expressamente estipula que:

Estarão, também, assegurados aos usuários os seguintes serviços e direitos, desde que solicitados em decorrência de atendimento no plano previsto:

- a) unidade de terapia intensiva dentro da disponibilidade da rede contratada;
- b) hospitalização de urgência (internação) por equipes de plantão, em qualquer nível de gravidade, dia e hora de ocorrência nos hospitais conveniados, respeitando-se suas limitações técnicas e operacionais;

- c) serviços de enfermagem durante o período de internação hospitalar;
- d) taxas de utilização de instrumentais e de salas de cirurgia e parto;
- e) serviço de anestesia e analgesia;
- f) medicamentos prescritos pelos médicos assistentes e necessários à recuperação dos usuários, enquanto internados, desde que constem das tabelas oficiais de medicamentos;
- g) serviços especializados prescritos pelos médicos assistentes e necessários à recuperação dos usuários, enquanto internados, observados os limites da Tabela de Honorários Médicos da Unimed-BH [...].

Veja-se que o contrato em tela, para cada cláusula que garanta uma determinada cobertura, faz a exclusão em razão da referida tabela ou da disponibilidade da rede contratada, ou de tabelas oficiais de medicamentos, ou de alguma outra condição.

Como tais condições ou termos de tabelas não estão expressos no contrato, na verdade, o aderente não poderia saber o que estava contratando, sendo que, a meu ver, como bem ressaltado na sentença, tal fato permite a alteração unilateral da prestação de serviços contratada por parte da apelante.

A prestação de serviços contratada foi “em grande risco”, sendo que, quando instada a autorizar os procedimentos que o autor necessitava, a apelante negou cada item do tratamento recomendado, conforme podemos ver nas f. 17/18.

Ora,

O objeto principal destes contratos é a transferência (onerosa e contratual) de riscos referentes à futura necessidade de assistência médica ou hospitalar. A efetiva cobertura (reembolso, no caso dos seguros de reembolso) dos riscos futuros à sua saúde e de seus dependentes, a adequada prestação direta ou indireta dos serviços de assistência médica (no caso dos seguros pré-pagamento ou de planos de saúde semelhantes) é o que objetivam os consumidores que contratam com estas empresas (MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor*. 3. ed. São Paulo: Ed. RT, p. 192-193).

Da narrativa, na inicial, constata-se que, “depois de constatado o tumor cerebral no dia 22.10.2004, o suplicante foi internado no Hospital Evangélico no dia 23.10.2004 e operado em caráter de urgência no dia 24.10.2004”.

Portanto, está caracterizada a urgência, a necessidade de intervenção cirúrgica e a necessidade de prestação imediata de serviços especializados prescritos pelos médicos assistentes e necessários à recuperação dos usuários, exatamente nos termos das cláusulas supratranscritas. Por outro lado, o contrato (f. 13-v.) fez algumas restrições de cobertura, que, a meu ver, não abarcam a situação dos autos.

Tenho que as cláusulas contratuais conjuntamente analisadas favorecem interpretação dúbia, omissa, e trazem insegurança, pois, nos termos em que foram redigidas, o contratante acredita e cria a expectativa de cobertura, quando esta última fica excluída por tabelas, que vão sendo publicadas alheias ao contrato e de acordo com a exclusiva vontade da ré.

Da obra *Código Brasileiro de Defesa do Consumidor comentado pelos autores do anteprojeto*, extrai-se a seguinte lição:

**REDAÇÃO CLARA E COMPREENSÍVEL** - O Código exige que a redação das cláusulas contratuais seja feita de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor para que a obrigação por ele assumida para com o fornecedor possa ser exigível.

O cuidado que se deve ter na redação das cláusulas contratuais, especialmente das cláusulas contratuais gerais que precedem futuro contrato de adesão, compreende a necessidade de desenvolver-se a redação na linguagem direta, cuja lógica facilita sobretudo sua compreensão. De outra parte, deve-se evitar, tanto quanto possível, a utilização de termos lingüísticos muito elevados, expressões técnicas não usuais e palavras em outro idioma [...].

É preciso também que o sentido das cláusulas seja claro e de fácil compreensão. De contrário, não haverá exigibilidade do comando emergente dessa cláusula, desonerando-se da obrigação o consumidor (*Código Brasileiro de Defesa do Consumidor comentado pelos autores do anteprojeto*. 6. ed. Rio de Janeiro:

Editora Forense Universitária - Comentários de Nelson Nery Junior ao artigo 46, p. 474-475).

O artigo 47 do CDC reza, expressamente, que: “As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”.

Como se verifica nos autos, não há qualquer prova de que houve a restrição expressa para os procedimentos negados às f. 17/18. A presunção milita em favor do consumidor, seja por ser a parte hipossuficiente, seja porque a obrigação de prestação de assistência à saúde é o que se contratou e não há como arrimar-se em restrições não contratadas ou não provadas.

Nesse sentido, este Tribunal assim já decidiu:

Seguro. Cláusula excludente. Clareza. Necessidade. Abrangência por demais ampla. Evento não excluído especificadamente. Interpretação benéfica ao segurado.

- A cláusula excludente de cobertura deve ter interpretação restritiva, não se aplicando senão aos eventos diretamente ligados aos fatos excluídos, mantendo-se a cobertura de eventos outros, ainda que de alguma forma ligados àquele, se a ligação for remota ou indireta.

- Na dúvida sobre a extensão da cláusula, aplica-se o art. 1.443 do CC, que obriga tanto o segurado como o segurador a guardarem boa-fé e veracidade se inclui a obrigação da seguradora de ser clara e precisa em suas cláusulas, mormente as que excepcionam a cobertura, sob pena de a cláusula, na dúvida sobre a sua extensão, ser interpretada em favor do segurado.

- Não se desincumbindo a seguradora de comprovar que se trata de doença preexistente ou mesmo de comprovar o liame direto entre o evento que causou a morte do segurado e aquele excluído através de cláusula de abrangência demasiadamente ampla, decide-se em favor do segurado (Embargos Infringentes nº 251684-9/01, 1ª Câmara Cível do TAMG, Rel.<sup>a</sup> Juíza Vanessa Verdolim, j. em 23.03.99).

Consumidor. Unimed. Plano de saúde Contrato de prestação de serviços de saúde. Cláusula de não-cobertura de transplante. Ausência de fundamento de validade na Constituição Federal, no Código de Defesa do Consumidor e nas leis de mercado. Peculiaridades fáticas e jurídicas do caso.

- A saúde, como bem intrinsecamente relevante à vida e à dignidade humana, foi elevada pela atual Constituição Federal à condição de direito fundamental do homem. Assim, ela não pode ser caracterizada como simples mercadoria nem pode ser confundida com outras atividades econômicas.

- O particular que presta uma atividade econômica correlacionada com serviços médicos e de saúde possui os mesmos deveres do Estado, ou seja, os de prestar assistência médica e integral para os consumidores dos seus serviços. Esse entendimento não se sustenta somente no texto constitucional ou no Código de Defesa do Consumidor, mas, também, e, principalmente, na lei de mercado de que quanto maior é o lucro, maior também é o risco. Em razão das peculiaridades fáticas e jurídicas do caso, deve o plano de saúde ressarcir o consumidor das despesas médico-hospitalares decorrentes de transplante de fígado (TAMG - Ap. 0264003-9 - 4ª Câm. Cív. – Rel.<sup>a</sup> Juíza Maria Elza - *DJMG* de 12.05.99).

Ainda que não fosse aplicável ao presente caso o Código de Defesa do Consumidor, a negativa de cobertura do parto atentaria contra a boa-fé objetiva e contra a função social, nos termos do Código Civil, e contra a dignidade da pessoa humana, princípio maior da CF/88.

Isso porque a cobertura de plano de saúde para uma pessoa que faleceu, em 2005, aos 65 anos de idade, tendo contratado “prestação de serviços assistenciais em grande risco” e já contribuía desde 1995, deve cobrir a cirurgia de urgência de que necessitou.

Após a publicação do novo Código Civil e na procura do equilíbrio contratual, o direito destaca o papel da lei como limitadora e como verdadeira legitimadora da autonomia da vontade, havendo um intervencionismo cada vez maior do Estado nas relações contratuais, pau-

tando-se no princípio da boa-fé objetiva e na função social do contrato.

Nesse sentido:

Ementa: Plano de saúde. Código de Defesa do Consumidor. Aplicabilidade. Não-atendimento na rede credenciada. Ausência de pagamento pelo plano. Rescisão contratual. Devolução das prestações. Danos materiais. Danos morais. Constrangimento evidenciado. - Evidenciada a relação de consumo entre as partes, há de se aplicar o Código de Defesa do Consumidor, com inversão do ônus da prova e adoção da responsabilidade objetiva do fornecedor de serviços, e, em se tratando de normas de ordem pública e de interesse social, por isso cogentes, podem ser ajustadas de ofício pelo juiz, conforme disposto no art. 1º da Lei 8.078/90.

- Comprovando-se que a rescisão do contrato de prestação de serviços médico-hospitalares se deu em decorrência da recusa de atendimento, por culpa da contratada, há de se deferir a devolução de todas as prestações pagas a título de mensalidade.

- A quebra da expectativa de atendimento médico de qualidade, quando para isso contribui o consumidor, gera constrangimentos e sofrimentos, que devem ser indenizados a título de danos morais (Apel. Cível nº 443.838-6 - Rel.<sup>a</sup> Des.<sup>a</sup> Evangelina Castinho Duarte - *TJMG*).

Noutro giro, a apelante alega, em seu recurso, que não se poderia aplicar a Lei 9.656/98, haja vista que o plano mencionado é anterior a ela. Entretanto, sobreleva ressaltar, por oportuno, que “irrelevante é a discussão acerca da aplicação ou não da Lei 9.656/98 aos planos de saúde anteriores à chamada ‘Lei de Plano e Seguro Saúde’, porquanto a saúde fora tutelada pelo legislador constituinte, sendo elevada a cânone máximo da garantia à existência humana digna e em consonância com os demais postulados previstos na Carta Política”, conforme posicionamento adotado pela eg. Terceira Câmara Cível no julgamento da Apelação Cível nº 406.208-8, Relator Juiz Mauro Soares de Freitas, em 19.11.03.

O objetivo precípua da assistência médica contratada é o de restabelecer a saúde do paciente através, inclusive, dos meios técnicos

existentes no mercado, não devendo prevalecer, portanto, cláusula contratual que impeça a cobertura do procedimento cirúrgico na forma indicada pelo médico como sendo o tratamento adequado.

É da jurisprudência:

O objetivo contratual da assistência médica comunica-se, necessariamente, com a obrigação de restabelecer ou procurar restabelecer, através dos meios técnicos possíveis, a saúde do paciente, confrontando-se com os princípios mencionados qualquer limitação contratual que impeça a prestação do serviço médico-hospitalar na forma pleiteada (TAMG - AC nº 402.122-7 - 7ª Câmara Cível - Rel. Juiz Unias Silva - j. em 26.06.03).

Assim, a ré não trouxe para os autos, como lhe competia trazer, nenhuma prova de que havia restrição expressa aos procedimentos necessitados pelo autor; não juntou a tabela a que aludiu por diversas vezes, o contrato ou qualquer outro documento que se relacionasse com a causa em comento.

A confirmação da bem-lançada sentença prolatada pelo MM. Juiz singular, que condenou a apelante no pagamento das despesas, é medida que se impõe.

Ora, tendo em mente que o apelado aderiu ao contrato de adesão e que o CDC busca justamente proteger a parte vulnerável na relação de consumo, deve-se desconsiderar a alegação de que o contrato excluiria a cobertura de microcirurgia de tumor cerebral, tendo em vista a falta de comprovação da referida alegação.

Finalmente, conclui-se que, não tendo constado no contrato a exclusão de cobertura para os procedimentos necessitados pelo autor, tenho que deve ser devolvido à parte autora o valor indicado pela sentença.

Quanto ao pedido de reembolso dos valores da tabela da Unimed, também não assiste razão à apelante.

No caso em comento, não foi possível a utilização dos serviços da apelante ou de seus

credenciados, em razão da sua injustificável recusa, que não pode ser premiada, fazendo com que a parte autora arque com todos aqueles valores que já despendeu antecipadamente. A tabela só seria aplicável se tivesse havido a cobertura. O reembolso é do valor das notas fiscais apresentadas, e não dos valores constantes na tabela de referência da contratada.

Outrossim, se a pretensão é de que, para o reembolso, há de se observarem os limites das tabelas que adota, ficou a apelante com o ônus de trazer aos autos cópia das mesmas, o que não ocorreu, e, assim, fica obrigada a efetuar o pagamento do reembolso de acordo com os recibos apresentados pela parte autora.

Com isso, não se pode imaginar que uma pessoa pague as prestações de um plano de saúde não consiga dele se valer por recusa injustificada, socorra-se de serviços particulares, e, no momento do reembolso, receba o valor que o plano de saúde entende adequado.

Ademais, as notas fiscais juntadas pela parte apelada não contêm vício que desabone o pedido de reembolso e não foram objeto de impugnação quanto a seu teor.

Pelo exposto, nego provimento ao recurso, para manter a sentença nos moldes em que foi proferida.

Custas recursais, pela apelante.

*O Sr. Des. Tarcísio Martins Costa* - Peça vista.

#### Notas taquigráficas

*O Sr. Des. Presidente* - O julgamento deste feito foi adiado na sessão anterior, a pedido do Des. Revisor, quando, então, rejeitaram preliminar e o Relator negava provimento.

*O Sr. Des. Tarcísio Martins Costa* - Peça vista dos autos para melhor análise do processado e, rogando vênias ao em. Des. Pedro Bernardes, lanço divergência parcial, como passo a expor.

Manifesto a minha concordância com o direito ao reembolso. A usuária Dirce Diniz Mendes, substituta processual de João Mendes, ainda que realizando os exames requisitados por médico não credenciado, deverá receber da Unimed determinada quantia.

Alternativamente a apelante requer que,

se tiver que reembolsar os procedimentos médicos pretendidos pela apelada, tal reembolso deve obedecer ao valor constante da Tabela de Honorários da Unimed-BH, posto que o atendimento dos procedimentos de forma particular possui valor muito superior aos praticados na referida Tabela.

Para isso, ousando me distanciar do em. Relator, entendo que há um limite para o reembolso: aquele praticado na tabela da Unimed.

Este Tribunal, em mais de uma vez, já enfrentou casos similares e decidiu pela limitação do reembolso.

Seguem alguns julgados acolhendo a pretensão, limitando os valores àqueles constantes na tabela para cobertura de despesas:

**Ementa:** Ação de indenização. Plano de saúde. Disponibilização, no mercado, de plano com cobertura mais abrangente. Ausência de comunicação ao consumidor. Despesas com tratamento de saúde em hospital de categoria superior, não acobertado pelo plano contratado. Ressarcimento de todo o valor despendido. Descabimento. Indenização. Valor previsto na tabela correspondente ao plano contratado. Procedência parcial.

- O Código de Defesa do Consumidor, ao determinar que seja prestada ao consumidor informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços (art. 6º, III), objetiva que o consumidor possa ser esclarecido, no momento da contratação, sobre todos os produtos disponíveis no mercado para que tenha a chance de escolha. Não pretende o CDC, com a referida norma, que o prestador de serviços continuados, como é o caso dos planos de saúde, esteja sempre informando seus clientes sobre os novos produtos que

disponibiliza no mercado, cabendo ao consumidor buscar o produto que atenda às suas necessidades.

- Os contratos de plano de saúde, por sua natureza, equiparam-se aos contratos de seguro, sendo que em ambos há a limitação e particularização dos riscos, o que reflete diretamente no preço na mensalidade, de forma que a ré não pode ser compelida a fornecer um serviço pelo qual não recebeu a devida contraprestação.

- Se o consumidor realiza tratamento médico em hospital não acobertado pelo plano de saúde por ele contratado, não faz ele jus ao reembolso da quantia total despendida, mas apenas do valor que teria o plano de saúde desembolsado se o tratamento tivesse se realizado em um hospital incluído na cobertura.

**Súmula:** Deram parcial provimento (Processo nº 1.0040.99.000021-4/001 – Rel.<sup>a</sup> Des.<sup>a</sup> Heloísa Combat - j. em 31.08.06 – publ. em 11.10.06).

**Ementa:** Plano de saúde. Código de Defesa do Consumidor. Aplicabilidade. Internação em hospital não credenciado. Tratamento de urgência. Possibilidade. Reembolso das despesas devido. Valores. Tabela. - É devido o reembolso das despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo paciente, quando se conjugar a ocorrência de uma situação de urgência ou emergência - o reembolso dos valores gastos pela parte contratante deve ser o previsto na tabela da contratada, sob pena de desequilíbrio do contrato.

**Súmula:** Negaram provimento a ambos os apelos (Processo nº 1.471.03.014289-0/001 - Rel. Des. José Flávio de Almeida – j. em 24.05.06 – publ. em 22.07.06).

**Ementa:** Civil. Ação cominatória. Cumprimento de contrato de prestação de serviços médicos. Unimed-BH. Internação em hospital conveniado à Unimed-paulista, praticamente de tabela majorada própria. Existência de especialista na área de cobertura da Unimed-BH [...] Emergência não provada. CDC. Aplicabilidade no que couber. Reembolso. Cabimento parcial. Valor. Tabela da Unimed-BH. Sentença mantida. Recurso não provido.

- Nos contratos de natureza consumerista, as partes têm liberdade parcial na elaboração

das cláusulas, para não ferir direitos personalíssimos protegidos na CF.

- Nos contratos de plano de saúde, as cláusulas restritivas devem ser interpretadas de modo a proteger a vida e a dignidade da pessoa humana, para que o contratante/segurado não se veja em situação de risco iminente, ao necessitar de internação ou tratamento emergencial.

- Nos contratos de prestação de serviço médico, em caso de atendimento do contratante em hospital conveniado de Unimed co-irmã do Sistema, a cooperativa contratada deve-se limitar a reembolsar o valor previsto em sua tabela, sob pena de desequilíbrio do contrato. Súmula: Negaram provimento (Processo nº 2.0000.00.507634-4/000 - Rel.<sup>a</sup> Des.<sup>a</sup> Márcia De Paoli Balbino - j. em 20.10.05 - publ. em 1º.12.05).

Com tais considerações, dá-se parcial provimento ao apelo da Unimed-BH - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. para acolher a pretensão recursal que estabelece como limite, para reembolso, os valores constantes da tabela da Unimed-BH.

Em razão da sucumbência parcial, pagará a apelante 60% das custas processuais, das custas recursais e honorários advocatícios de 15% sobre o valor da condenação.

A parte apelada pagará 40% das custas processuais e das custas recursais, suspensa a exigibilidade em razão da assistência judiciária.

*O Sr. Des. José Antônio Braga* - Acessei os autos e cheguei à mesma conclusão do em. Des. Revisor.

Admitir o reembolso de quantias além daquelas permitidas pela tabela da Unimed é quebrar a isonomia, pois, se o usuário do plano de saúde está sujeito a uma limitação, deve ser extensiva a todos.

*O Sr. Des. Pedro Bernardes* - Sr. Presidente, pela ordem.

Conhecendo os fundamentos dos eminentes Revisor e Vogal, vejo que têm razão Suas Excelências, no sentido da limitação ao reembolso à tabela da apelante. De modo que também estou, em reposicionamento, dando parcial provimento, nos termos do voto dos eminentes Revisor e Vogal.

*Súmula* - USANDO DE PRERROGATIVA REGIMENTAL, REJEITARAM PRELIMINAR E DERAM PARCIAL PROVIMENTO.

-:-:-