

## Giro nos Tribunais Estaduais



### **Assunto: Impossibilidade de responsabilização solidária do hospital por erro médico quando não comprovada a culpa do médico.**

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO- ERRO MÉDICO- RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. A obrigação de reparar por erro médico exige a prova de que o profissional agiu com imperícia, negligência ou imprudência, além da evidencia do nexo de causalidade entre a conduta e as consequências lesivas à saúde do paciente. O hospital somente responde solidariamente pelos danos decorrentes do ato cirúrgico se se comprovada a culpa do médico.

(TJMG - Apelação Cível 1.0024.10.145747-1/002, Relator(a): Des.(a) Tiago Pinto , 15ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 24/10/2019, publicação da súmula em 30/10/2019)

### **Assunto: Regularidade da cobrança da verba pactuada como pagamento por serviço médico comprovadamente executado.**

APELAÇÃO CÍVEL. CERCEAMENTO DE DEFESA. INOCORRÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS. ATENDIMENTO DE PACIENTES DE PLANO DE SAÚDE. SERVIÇO PRESTADO. PAGAMENTO DEVIDO. APELO IMPROVIDO.

- Não resta caracterizado o cerceamento de defesa se, em observância aos princípios da celeridade e da economia processual, o Juiz deixa de deferir a realização de prova inútil ou prescindível.

- Em ação de cobrança, incumbe ao Autor trazer aos autos elementos de prova da dívida, de forma a vincular a si e ao Réu as posições de credor e devedor, respectivamente.

- É devida a verba pactuada como pagamento a serviço médico cuja execução restou devidamente provada.

(TJMG - Apelação Cível 1.0005.12.000696-9/002, Relator(a): Des.(a) José Marcos Vieira , 16ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 23/10/2019, publicação da súmula em 01/11/2019)

**Assunto: Não abusividade do reajuste de plano de saúde por mudança de faixa etária quando respeitados os limites definidos pelo STJ.**

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - PLANO DE SAÚDE - REAJUSTE DE MENSALIDADE - CONTRATO FIRMADO APÓS 31/12/2003 - RESP REPETITIVO 1568244/RJ. 1 - "Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas (REsp Repetitivo 1568244/RJ). 2- Respeitados os limites de reajustes estabelecidos no julgamento do REsp Repetitivo 1568244/RJ, não há de se falar em abusividade de reajuste de mensalidade de plano de saúde, muito menos em indenização por danos morais.

(TJMG - Apelação Cível 1.0439.14.003183-2/001, Relator(a): Des.(a) Claret de Moraes , 10ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 22/10/2019, publicação da súmula em 01/11/2019)

**Assunto: Incabível a cobertura para tratamento via “home care”, quando se trata de cuidados que devem ser ofertados por cuidador ou familiar.**

AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA. ATENDIMENTO DOMICILIAR. "HOME CARE". CUIDADOS QUE DEVEM SER OFERTADOS PELA FAMÍLIA OU CUIDADOR.

- Para a concessão da tutela provisória de urgência, necessário que a parte comprove a probabilidade do direito reclamado, aliado ao perigo de dano, requisitos exigidos pelo artigo 300, CPC/15.

- O Superior Tribunal de Justiça vem entendendo que o serviço de "home care" é desdobramento do tratamento hospitalar e não pode ser limitado, além de reputar como abusiva a cláusula que exclui tal tipo de tratamento, quando necessário à preservação da saúde do paciente (REsp 1378707/RJ, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO).

- Se os cuidados dos quais a parte necessita são aqueles normais, a que estão sujeitos todos os que se submetem a cirurgias que demandam repouso absoluto, estes devem ser ofertados por cuidador ou familiar, não se enquadrando na modalidade de serviço de "home care".

(TJMG - Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.19.034314-5/001, Relator(a): Des.(a) Luiz Artur Hilário , 9ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 22/10/2019, publicação da súmula em 29/10/2019)

**Assunto: Improcedência do pleito indenizatório quando não demonstrado o nexo de causalidade entre as lesões sofridas pelo paciente e os serviços hospitalares.**

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO INDENIZATÓRIA - ALEGAÇÃO DE DEFEITO NOS SERVIÇOS HOSPITALARES - INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - ÔNUS DA PROVA - INCUMBÊNCIA DO CONSUMIDOR DE DEMONSTRAR OS DANOS AFIRMADOS E O NEXO DE CAUSALIDADE - AUSÊNCIA DE PROVA - IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO

- Consoante as regras de distribuição legal do ônus da prova adotadas pelo Código de Defesa do Consumidor, o consumidor que propõe demanda indenizatória afirmando-se vítima de defeito de serviço tem o ônus de comprovar dois dos elementos da responsabilidade civil fundada no artigo 14 do CDC, quais sejam, o dano e a relação de causalidade entre ele e o serviço reputado defeituoso.

- Não logrando o paciente demonstrar o nexo de causalidade - negado pelo hospital - entre as lesões experimentadas e os serviços hospitalares aos quais imputa defeito, há que julgar improcedente o pleito indenizatório deduzido em face da entidade hospitalar.

(TJMG - Apelação Cível 1.0000.19.119731-8/001, Relator(a): Des.(a) Fernando Lins , 20ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 30/10/0019, publicação da súmula em 31/10/2019)

**Assunto: Validade da exclusão, pelo plano de saúde, de cobertura a próteses não ligadas ao ato cirúrgico mediante expressa previsão contratual.**

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PRÓTESES. REGULAMENTAÇÃO PELA LEI Nº 9.656/98. INCIDÊNCIA DO CDC. EXCLUSÃO EXPRESSA. 1. São aplicáveis as regras do Código de Defesa do Consumidor à relação havida entre as partes, na medida em que se trata de relação de consumo (Sumula 608 do STJ). 2. Incidente o art. 10, VII, e afastada a aplicabilidade do art. 35-C, I e II, ambos da Lei nº 9.656/98, as diretrizes que orientarão o deslinde da demanda coincidem com as estipulações da contratação, em um contexto de influência dos preceitos constitucionais de proteção à saúde e à vida dos consumidores, bem como dos fundamentos do Código de Defesa do Consumidor. 3. Caso concreto em que a estipulação excludente é indiscutivelmente clara, afastando expressamente a cobertura das próteses não ligadas ao ato cirúrgico, ou seja, aquelas cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de cirurgia, possibilitando sua descomplicada compreensão por parte do consumidor-aderente. 4. No que concerne particularmente ao pedido de fornecimento do tratamento de reabilitação e adaptação às próteses, que pretende a parte autora seja realizado na Clínica de Reabilitação BIOCENTER, em São José dos Campos (SP), asseverou-se que a ausência de prescrição médica que justifique o fornecimento do serviço é motivo suficiente para amparar o decreto de improcedência. Ademais, não houve

mínima comprovação de que a rede de atendimento credenciada pela operadora apelada seja incapaz de suprir satisfatoriamente o desiderato da parte apelante. 5. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO.

(Apelação Cível, Nº 70082111816, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Marlene Marlei de Souza, Julgado em: 24-10-2019)

**Assunto: Validade da exclusão, pelo plano de saúde, de cobertura a marca passo mediante expressa previsão contratual.**

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. COBRANÇA. MARCA PASSO. DIREITO DO CONSUMIDOR. CONTRATO NÃO REGULAMENTADO. INCIDÊNCIA DO CDC. EXCLUSÃO EXPRESSA. 1. São aplicáveis as regras do Código de Defesa do Consumidor à relação havida entre as partes, na medida em que se trata de relação de consumo (Sumula 608 do STJ). 2. Caso concreto em que a estipulação excludente é indiscutivelmente clara, excluindo expressamente o marca passo cujo custeio se pretende ressarcido, possibilitando sua pronta compreensão por parte do consumidor-aderente. Precedente desta Sexta Câmara Cível. 3. Sentença reformada. RECURSO PROVIDO.

(Apelação Cível, Nº 70082177155, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Marlene Marlei de Souza, Julgado em: 24-10-2019)

**Assunto: Não submissão dos contratos de plano de saúde não regulamentados aos limites de reajustes anuais definidos pela ANS.**

Apelação cível. Seguros. Plano de saúde. Revisão contratual. Sentença que limitou a variação de mensalidade entre plano regulamentado e não regulamentado ao percentual de 15%. A disposição contida na RN 64 da ANS acerca da limitação do aumento da receita, considerando-se o conjunto de contratos de proposta de aditamento, ao percentual de 15% aplica-se tão somente aos contratantes que aderiram ao plano de adesão a contrato adaptado através de aditamento contratual. Caso concreto onde o contrato não regulamentado do qual o autor era beneficiário não foi adaptado por aditamento, mas sim rescindido. Nova contratação firmada com a operadora de plano de saúde onde o custo do plano está atrelado ao valor de mercado. Reajustes anuais aplicados no curso do contrato extinto. Prescrição integral das parcelas, tendo em vista a extinção do pacto antes dos três anos que antecederam a propositura da demanda. Ademais, tratando de contrato não regulamentado não há limitação dos reajustes anuais aos índices da ANS. Ausência de abusividade. Apelo provido.

(Apelação Cível, Nº 70082587247, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ney Wiedemann Neto, Julgado em: 24-10-2019)

**Assunto: Validade da negativa, pela seguradora, de contratação de plano de saúde em razão da inscrição do nome do contratante em órgão de negativação do crédito – SPC.**

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE CONTRATAÇÃO. CONSUMIDOR NEGATIVADO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. LIBERALIDADE DO CONTRATANTE. INEXISTÊNCIA DE CONDUITA ABUSIVA DA RÉ. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. DEVER DE INDENIZAR QUE NÃO SE RECONHECE. Trata-se de ação através da qual o autor pretende que a requerida seja condenada a transferir o plano de saúde contratado em Porto Alegre para Lajeado, bem como indenização por danos morais, julgada procedente na origem. No caso dos autos, o autor alega ter tentado tornar-se usuário do plano de saúde da ré, o qual lhe foi negado sob alegação de que o mesmo estava com o nome inscrito nos órgãos de negativação do crédito - SPC. A contratação de plano de saúde configura uma liberalidade da seguradora, de modo que a não contratação não configura conduta ilícita, mas de exercício regular de um direito (art. 188, inciso I, do CC). Ademais, impõe-se observar sempre o princípio da reserva legal, segundo o qual ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei, nos termos do que preceitua o art. 5º, inc. II, da CF. Inobstante não se possa aceitar a negativa da seguradora meramente discriminatória ou no exercício abusivo do direito, submetendo o consumidor a situação vexatória, os danos morais, alegadamente sofridos pelo autor, necessitam ser comprovados, o que não ocorreu no caso dos autos, porquanto a negativa da contratação se deu em razão da negativação do nome do autor, nos órgãos de proteção ao crédito, fato que restou incontroverso nos autos. O autor não comprovou qualquer abuso ou conduta arbitrária por parte da ré ao negar a contratação do plano de saúde, ônus que lhe incumbia a teor do artigo 373, inciso I, do Código de Processo Civil, não se podendo considerar abusiva a negativa fundada na existência da negativação do nome do autor. Em sendo assim, os fatos narrados não ensejam suficiência probante do dano moral, apenas ficaram gravitando na órbita do dissabor natural e contemporâneo com a época em que vivemos, sem maiores repercussões, quer no sentimento pessoal, sem humilhação exagerada, um sofrimento extraordinário, ou mesmo no campo do padecimento moral ou pessoal. APELAÇÃO PROVIDA

(Apelação Cível, Nº 70082259516, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Niwton Carpes da Silva, Julgado em: 24-10-2019)

**Assunto: Não configuração de indenização por danos morais pela mera negativa de cobertura operada pelo plano de saúde.**

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS E PEDIDO LIMINAR DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. NEGATIVA DE COBERTURA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. RECURSO DO PLANO DE SAÚDE. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PLEITO VISANDO A REFORMA DA SENTENÇA AO ARGUMENTO DE O TRATAMENTO REQUISITADO PELA AUTORA NÃO CONSTAR NO ROL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) E, CONSEQUENTEMENTE, NO CONTRATO FIRMADO ENTRE AS PARTES. INSUBSISTÊNCIA. LISTA QUE CONSTITUI APENAS REFERÊNCIA BÁSICA PARA

COBERTURA ASSISTENCIAL MÍNIMA OBRIGATÓRIA, NÃO INDICANDO DE FORMA DISCRIMINADA TODOS OS TRATAMENTOS COBERTOS PELAS OPERADORAS. REGULAMENTO, OUTROSSIM, QUE NÃO DESINCUMBE A REQUERIDA DA OBRIGAÇÃO DE CUSTEIO DO PROCEDIMENTO, SOBRETUDO PORQUE HÁ PREVISÃO CONTRATUAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PARA O TRATAMENTO DA ENFERMIDADE QUE ACOMETE A AUTORA. AUSÊNCIA, ADEMAIS, DE COMPROVAÇÃO DE PRÉVIA E EXPRESSA CIENTIFICAÇÃO DA CONSUMIDORA ACERCA DO ROL DE COBERTURAS DA ANS E EVENTUAIS RESTRIÇÕES. EXEGESE DOS ARTIGOS 6, INCISO III, E ARTIGO 46 AMBOS DO CÓDIGO CONSUMERISTA. EVENTUAL CARÁTER ELETIVO DO PROCEDIMENTO QUE NÃO EXCLUI A RESPONSABILIDADE CONTRATUAL DA REQUERIDA DE COBRIR O TRATAMENTO. OBRIGAÇÃO DE CUSTEIO MANTIDA. PRETENSÃO DE EXCLUSÃO DA REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS. SUBSISTÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA OPERADA PELA REQUERIDA QUE NÃO GEROU RISCO DE VIDA E/OU PROVOCOU O AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE DA AUTORA. CONJUNTO PROBATÓRIO QUE DEMONSTRA TRATAR-SE DE ENFERMIDADE EXISTENTE HÁ BASTANTE TEMPO, CUJAS TENTATIVAS ANTERIORES DE TRATAMENTOS TRANSITÓRIOS NÃO SURTIRAM EFEITO. INEXISTÊNCIA, ADEMAIS, DE OUTROS ELEMENTOS A EVIDENCIAR EVENTUAL SOFRIMENTO EXTRAORDINÁRIO SUPOSTO PELA DEMANDANTE EM RAZÃO DA RECUSA DE COBERTURA CONTRATUAL. ÔNUS PROBATÓRIO QUE INCUMBIA À REQUERENTE. INTELIGÊNCIA DO ARTIGO 373, I, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. DANO MORAL NÃO CARACTERIZADO. DEVER DE INDENIZAR AFASTADO. ÔNUS SUCUMBÊNCIAS. NECESSIDADE DE ADEQUAÇÃO. PLEITO EXORDIAL ACOLHIDO EM PARTE. RECONHECIMENTO DA SUCUMBÊNCIA RECÍPROCA (ART. 86 DO CPC). RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

(TJSC, Apelação Cível n. 0003647-76.2014.8.24.0031, de Indaial, rel. Des. Denise Volpato, Sexta Câmara de Direito Civil, j. 29-10-2019).

**Assunto: Licitude da cláusula de plano de saúde que prevê período de carência de 24 meses para a cobertura de moléstias preexistentes.**

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. PLEITO LIMINAR OBJETIVANDO AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NEGATIVA DE COBERTURA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA NÃO COMPROVADA. DOENÇA PREEXISTENTE CONSTATADA POR OCASIÃO DA ASSINATURA DO CONTRATO. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT). VALIDADE. AUSÊNCIA DE PROBABILIDADE DO DIREITO. REQUISITOS DO ARTIGO 300 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL NÃO DEMONSTRADOS. REVOGAÇÃO DA ORDEM LIMINAR ENTÃO DEFERIDA. DECISÃO REFORMADA. 1. A tutela provisória de urgência apenas será concedida se observados, concomitantemente, os requisitos do artigo 300, caput, do Código de Processo Civil, quais sejam, a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo, não se olvidando, ainda, que a medida liminar não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão. 2. É lícita a cláusula de plano de saúde que prevê período de carência de 24 (vinte e quatro meses) para a cobertura de moléstias preexistentes, sendo, contudo, obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

Inteligência do artigo 35-C da Lei federal nº 9.656/1998. 3. Sendo a doença preexistente, declarada pela própria beneficiária quando da assinatura do contrato, e tendo o procedimento prescrito sido assinalado como eletivo, e não como de urgência e/ou de emergência, é legítima a negativa se a solicitação se deu ainda em carência para cobertura parcial temporária (CPT). 4. À luz da guia de solicitação de internação acostada aos presentes autos, infere-se, pelo menos em um juízo de cognição sumária, que o procedimento prescrito tem caráter eletivo e visa o tratamento de doença preexistente indicada pela própria beneficiária do plano de saúde quando da contratação, razão pela qual aplica-se, na espécie, o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) meses. Logo, a referida cirurgia somente teria cobertura a partir de 10/04/2020, de forma que é patente a ausência de probabilidade do direito invocado pela parte autora. 5. AGRAVO DE INSTRUMENTO CONHECIDO E PROVIDO.

(TJGO, Agravo de Instrumento ( CPC ) 5522485-59.2019.8.09.0000, Rel. ELIZABETH MARIA DA SILVA, 4ª Câmara Cível, julgado em 31/10/2019, DJe de 31/10/2019)

**Assunto: Legalidade de cláusula de coparticipação para consultas/sessões que ultrapassarem o custeio mínimo obrigatório.**

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. BENEFICIÁRIA DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO POR MEIO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO E TERAPIA COMPORTAMENTAL EM ANÁLISE APLICADA DO COMPORTAMENTO (ABA). RECUSA DO PLANO DE SAÚDE, NA FORMA PLEITEADA. OBSERVÂNCIA DOS TERMOS DO PACTO, COM LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS/SESSÕES ANUAIS A SEREM CUSTEADAS PLENAMENTE PELA SEGURADORA DE PLANO DE SAÚDE. EXCEDENTE EM REGIME DE COPARTICIPAÇÃO. I- O agravo de instrumento é um recurso secundum eventum litis e, portanto, deve limitar-se ao exame estrito do ato judicial prolatado pela togada a quo, não devendo proceder esta instância revisora qualquer apreciação acerca de temática estranha ao ato judicial fustigado, sob pena de incorrer em supressão de um grau de jurisdição. II- Verificado que tanto quanto a insurgente não pode custear aquilo que não foi planejado e pactuado, o insurgido não pode ficar a mercê de nebulosidades contratuais em detrimento da sua saúde, cabendo ao juízo ad quem aquilatar a situação, de modo que auxilie o patrocínio à saúde do agravado, mas que não fuja dos termos e expectativas da agravante. Nesse contexto, o número de consultas/sessões anuais fixadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no anexo 02 do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deve ser considerado apenas como cobertura obrigatória mínima a ser custeada plenamente pela recorrente, devendo as consultas/sessões que ultrapassarem as balizas de custeio mínimo obrigatório ser suportadas tanto pelo agravado quanto pela agravante, em regime de coparticipação. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

(TJGO, Agravo de Instrumento ( CPC ) 5275895-08.2019.8.09.0000, Rel. WILSON SAFATLE FAIAD, 6ª Câmara Cível, julgado em 29/10/2019, DJe de 29/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade de manutenção, no plano de saúde coletivo, de usuário que não possuía qualquer vínculo jurídico a contratante.**

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO PELA CONTRATANTE – AUTOR QUE NÃO POSSUÍA QUALQUER VÍNCULO JURÍDICO COM A CONTRATANTE – IMPOSSIBILIDADE DE MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE NAS MESMAS CONDIÇÕES – NOTIFICAÇÃO DO BENEFÍCIO DEMONSTRADA NOS AUTOS – SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA REFORMADA – RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. 1. Uma vez reconhecida a inexistência de qualquer vínculo com a CONTRATANTE, a rigor o autor não poderia ter sido beneficiário do plano de saúde e muito menos ter direito de permanecer com plano de saúde nas mesmas condições em que fora contratado o plano coletivo já rescindido, ante o não preenchimento de requisito essencial expressamente contratado, qual seja, o vínculo jurídico do beneficiário com a CONTRATANTE. 2. Diante do conjunto probatório dos autos, não merece prosperar a alegação de que o autor não teria sido notificado da rescisão do plano de saúde, não fazendo jus ao pleito indenizatório. 3. Sentença de parcial procedência reformada, para o fim de julgar totalmente improcedente o pleito inaugural.

(TJMS. Apelação Cível n. 0823791-35.2012.8.12.0001, Campo Grande, 4ª Câmara Cível, Relator (a): Des. Sideni Soncini Pimentel, j: 24/10/2019, p: 29/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade de manutenção de usuário em contrato coletivo extinto pela operadora do plano de saúde nas mesmas condições do plano extinto.**

PLANO DE SAÚDE. Extinção de plano coletivo empresarial de que o autor era beneficiário. Extinção do contrato mantido entre a ex-empregadora e a seguradora. Sentença que reconheceu o direito do ex-empregado à manutenção do plano de saúde individual ou familiar, nas mesmas condições do plano extinto. Insurgência da operadora que prospera em parte. Demandante tem direito à conversão do antigo plano coletivo em plano individual, com igual cobertura. Necessário, porém, ressalvar a possibilidade de a operadora cobrar prêmio em valor distinto, a fim de manter o equilíbrio econômico e atuarial da avença, desde que o montante que não constitua cláusula da barreira. Recurso provido em parte.

(TJSP; Apelação Cível 1001567-31.2019.8.26.0019; Relator (a): Francisco Loureiro; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Americana - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/10/2019; Data de Registro: 01/11/2019)

**Assunto: Ausência de demonstração de falha na prestação de serviços por cooperativa médica afasta responsabilidade civil por danos morais.**

APELAÇÃO. Ação indenizatória fundada em erro médico. Sentença de improcedência. Inconformismo. Alegações da autora de que, após sentir dor de dente, foi-lhe indicada a realização de cirurgia ortognástica, todavia, passados alguns dias, os dentes ficaram tortos e desalinhados, com limitações, razão pela qual procurou outro especialista para diagnosticar o caso. Em análise ao conjunto probatório amealhado aos autos, conclui-se inexistir qualquer conduta irregular da parte ré. Prova pericial conclusiva no sentido de que o procedimento era indicado, não houve má prática médica ao tratamento dispensado à autora, não sendo constatada sequela aparente, dificuldade para abrir a boca, alimentar-se ou limitações mandibulares. Conduta danosa não configurada. Sentença mantida. Recurso a que se nega provimento.

(TJSP; Apelação Cível 1012330-29.2014.8.26.0161; Relator (a): José Rubens Queiroz Gomes; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Diadema - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/03/2014; Data de Registro: 01/11/2019)

**Assunto: Assunto: Não vinculação dos contratos coletivos de plano de saúde aos percentuais de reajustes fixados pela ANS.**

Agravo de instrumento – Ação cominatória - Indeferimento do pedido de tutela antecipada que pretendia modificação do valor da mensalidade do plano de saúde, substituindo os reajustes por sinistralidade pelos índices autorizados pela ANS desde 2016 - Inconformismo – Discussão que se limita à existência dos requisitos autorizadores da tutela de urgência do art. 300 do CPC que, no caso concreto, estão ausentes – Reajustes por sinistralidade que, em se tratando de plano coletivo, não estão limitados aos índices da ANS para planos individuais – Pagamento dos prêmios durante os anos dos reajustes que indica a ausência de risco de dano irreparável – Reversibilidade da medida - Decisão mantida – Recurso improvido.

(TJSP; Agravo de Instrumento 2222569-16.2019.8.26.0000; Relator (a): Silvério da Silva; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 12ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2019; Data de Registro: 01/11/2019)

**Assunto: Validade da cláusula restritiva de cobertura para tratamento de doença preexistente ante a inequívoca ciência do usuário.**

Apelação cível. Plano de saúde. Obrigação de fazer. Sentença de procedência para compelir a ré ao custeio de cirurgia de gastroplastia, prescrita ao autor. Insurgência da ré. Acolhimento. Existência de cláusula expressa de Cobertura Parcial Temporária para doença preexistente. Patologia preexistente já declarada na contratação. Autor que optou pela Cobertura Parcial Temporária, com carência de 24 meses, para tratamento da doença preexistente, quando lhe foi dada a opção de obter o tratamento, mediante contratação de "agravo" (aumento na mensalidade). Inequívoca

ciência da aplicação das limitações contratuais. Validade da cláusula restritiva. Sentença reformada para declarar a improcedência da ação. Recurso provido.

(TJSP; Apelação Cível 1102123-26.2018.8.26.0100; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 35ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2019; Data de Registro: 31/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade de manutenção de usuário em contrato coletivo extinto pela operadora do plano de saúde nas mesmas condições do plano extinto.**

PLANO DE SAÚDE – APOSENTADO DEMITIDO PRETENDE SER MANTIDO NO PLANO DE SAÚDE DO EX-EMPREGADOR ARCANDO COM O PAGAMENTO INTEGRAL DA MENSALIDADE, NOS TERMOS DO ART. 31 DA LEI 9.656/98 – FALÊNCIA DA PESSOA JURÍDICA – EXTINÇÃO DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR INADIMPLÊNCIA DO FALIDO - NECESSIDADE DE FACULTAR AO AUTOR A FORMALIZAÇÃO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE FAMILIAR, CONSOANTE DISPÕE A RESOLUÇÃO 19 DO CONSU – AUSÊNCIA DE DIREITO AOS MESMOS CUSTOS – RESOLUÇÃO ANS, ART. 26, III- PRECEDENTES - SENTENÇA MODIFICADA – RECURSO PROVIDO EM PARTE.

(TJSP; Apelação Cível 1010020-22.2017.8.26.0007; Relator (a): Theodureto Camargo; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VII - Itaquera - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2019; Data de Registro: 31/10/2019)

**Assunto: Indevida a indenização de danos morais pela recusa de cobertura de medicamento de uso domiciliar excluído do contrato firmado entre as partes.**

PLANO DE SAÚDE - AÇÃO COMINATÓRIA - IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO - INCONFORMISMO DA AUTORA - PRESCRIÇÃO MÉDICA DO FÁRMACO PROLIA (DENOSUMABE), PARA TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE – MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR – EXCLUSÃO DO CONTRATO – INTELIGÊNCIA DO ART. 10, VI, DA LEI 9.656/98- INDEVIDA A INDENIZAÇÃO DE DANOS MORAIS - SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO.

(TJSP; Apelação Cível 1001637-43.2017.8.26.0302; Relator (a): Theodureto Camargo; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Jaú - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2019; Data de Registro: 31/10/2019)

**Assunto: Inexistência de obrigação de plano de saúde de ressarcir custos incorridos com o atendimento em hospital não credenciado em sua rede por opção do usuário.**

PLANO DE SAÚDE – AUTOR COM DIAGNÓSTICO DE "OBSTRUÇÃO INFRAVESICAL GRAVE E HIPOCONTRATILIDADE DETRUSORA" – CONTRATO FIRMADO COM A UNIMED GUARULHOS- OS ELEMENTOS DE PROVA AOS AUTOS COLIGIDOS REVELARAM QUE A OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE POSSUI PRESTADORES DE SERVIÇOS COM ESPECIALIDADE PARA TRATAR A DOENÇA QUE ACOMETE O AUTOR – CONSULTA COM MÉDICO PARTICULAR RECOMENDAÇÃO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA EM HOSPITAL CREDENCIADO À UNIMED FESP FORA DA BASE GEOGRÁFICA CONTRATADA – ALEGAÇÃO DE ERRO MÉDICO NÃO PROVADA – INOCORRÊNCIA DE SUBSUNÇÃO À SÚMULA 99 DESTA CORTE PORQUE O AUTOR PROCUROU APENAS MELHOR ATENDIMENTO APESAR DE INEXISTÊNCIA DE RECUSA DA UNIMED GUARULHOS - HIPÓTESE QUE NÃO AUTORIZA A COBERTURA DO TRATAMENTO POR MÉDICO E HOSPITAL NÃO CREDENCIADOS – PRECEDENTE – DANOS MATERIAIS – AUSÊNCIA DE PROVA DE PAGAMENTO DOS HONORÁRIOS DO MÉDICO PARTICULAR – DANOS MORAIS INEXISTENTES – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO.

(TJSP; Apelação Cível 1136478-33.2016.8.26.0100; Relator (a): Theodureto Camargo; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 8ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2019; Data de Registro: 31/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade de permanência de ex-empregado nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador.**

PLANO DE SAÚDE – EX-FUNCIONÁRIO APOSENTADO QUE PRETENDE SER MANTIDO COMO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE, NAS MESMAS CONDIÇÕES QUE DESFRUTAVA ENQUANTO EMPREGADO – ASSISTÊNCIA MÉDICA CUSTEADA INTEGRALMENTE PELA EX-EMPREGADORA, SEM A PARTICIPAÇÃO DIRETA DOS EMPREGADOS – NÃO PREENCHIMENTO DO REQUISITO CONTRIBUTIVO DISPOSTO NO ARTIGO 31 DA LEI FEDERAL 9.656/98 - TESE CONSOLIDADA PELO COLENDO SUPERIOR TRIBUNAL EM REGIME DE RECURSO ESPECIAL REPETITIVO (1680318/SP e 1708104/SP) – SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA MANTIDA – RECURSO NÃO PROVIDO.

(TJSP; Apelação Cível 1024881-25.2016.8.26.0564; Relator (a): Erickson Gavazza Marques; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Bernardo do Campo - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/10/2019; Data de Registro: 31/10/2019)

**Assunto: Validade da cláusula restritiva de cobertura para tratamento de doença preexistente ante a inequívoca ciência do usuário.**

VOTO DO RELATOR EMENTA – PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO – Decreto de improcedência – Custeio de despesas médico-hospitalares do autor – Recusa da operadora ré – Doença preexistente – Fato incontroverso – Segurado (plano individual) que, por ocasião da contratação, declarou ser portador de câncer de próstata (ocasião em que optou pela cobertura parcial temporária, durante o período de carência: 24 meses) – Tratamento solicitado quando ainda não decorrido o lapso carencial – Autor que, na mesma oportunidade, ficou ciente do prazo carencial para cobertura de despesas relacionadas àquela moléstia preexistente – Circunstância que não obriga a cobertura das despesas, pela operadora ré (ante a clareza da restrição e do prazo carencial, da qual teve plena ciência o contratante) – Inexistência de afronta ao artigo 11 da Lei 9.656/98 (ante o conhecimento prévio da titular do plano acerca da preexistência da doença) – Prazo de carência que, ademais, está prestes a expirar (final de novembro do corrente ano) – Cobertura indevida – Sentença mantida – Recurso improvido.

(TJSP; Apelação Cível 1000361-76.2019.8.26.0408; Relator (a): Salles Rossi; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Ourinhos - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2019; Data de Registro: 31/10/2019)

**Assunto: Não vinculação dos contratos coletivos de plano de saúde aos percentuais de reajustes fixados pela ANS.**

VOTO DO RELATOR EMENTA – PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL C.C. REPETIÇÃO DE INDÉBITO – Reajustes de 16,16% e 46,27, relativos ao novo plano coletivo por adesão, aplicados, respectivamente, nos anos de 2016 e 2017 – Inicial que busca o afastamento dos índices aplicados, com substituição dos índices editados pela ANS para os mesmos períodos – Procedência decretada - Inadmissibilidade — Descabida equiparação dos reajustes aos índices editados pela ANS, aplicáveis apenas aplicados aos planos individuais – Precedentes, inclusive desta Câmara - Decreto de improcedência – Medida que se impõe – Sentença reformada – Recursos providos.

(TJSP; Apelação Cível 1033662-57.2018.8.26.0114; Relator (a): Salles Rossi; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 9ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2019; Data de Registro: 31/10/2019)

**Assunto: Inexistência do dever de custeio, pelo plano de saúde, de cirurgias reparadoras de emergência quando indemonstrada urgência ou risco de vida.**

AGRAVO DE INSTRUMENTO. Decisão que indeferiu a tutela de urgência para realização de cirurgia reparadora pós-bariátrica. Insurgência. Urgência, no entanto, não demonstrada. Necessidade de instauração do contraditório. Recurso improvido.

(TJSP; Agravo de Instrumento 2176284-62.2019.8.26.0000; Relator (a): Maria de Lourdes Lopez Gil; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Atibaia - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/10/2019; Data de Registro: 30/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade de manutenção de usuário em contrato coletivo extinto pela operadora do plano de saúde nas mesmas condições do plano extinto.**

Apelação cível. Plano de saúde coletivo empresarial. Rescisão do contrato. Inadimplência da ex-empregadora (estipulante). Ação movida por beneficiário, pretendendo a manutenção do plano. Sentença de improcedência. Preliminar. Reiteração de argumentos da contestação é insuficiente para não conhecimento do recurso. Argumentos relacionam-se com os fundamentos da sentença. Preliminar rejeitada. Manutenção do autor em plano de saúde coletivo que não mais existe. Impossibilidade. Autor era apenas beneficiário do contrato do plano de saúde coletivo, já extinto. Cabível, apenas, migração a plano individual ou familiar, sem equivalência do valor das mensalidades. Aplicabilidade ao caso concreto dos termos da Resolução CONSU 19/1999. Migração devidamente ofertada ao autor. Ré agiu de acordo com as normas atinentes ao caso. Improcedência mantida. Apelação não provida.

(TJSP; Apelação Cível 1007746-40.2017.8.26.0604; Relator (a): Edson Luiz de Queiróz; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Sumaré - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 15/03/2012; Data de Registro: 30/10/2019)

**Assunto: Não configuração de indenização por danos morais por mero descumprimento contratual.**

APELAÇÃO CÍVEL. Plano de saúde. Obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais. Negativa de cobertura contratual. Home care. Mero inadimplemento contratual que não tem o condão de gerar indenização por danos morais. Tutela antecipada que foi concedida, minimizando os efeitos da negativa de cobertura contratual. R. sentença mantida. Recurso improvido.

(TJSP; Apelação Cível 1004041-42.2019.8.26.0320; Relator (a): José Joaquim dos Santos; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Limeira - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/05/2012; Data de Registro: 30/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade da existência de plano de saúde específico para ex-empregados, diverso dos empregados da ativa.**

Apelação cível. Plano de saúde coletivo. Ex-empregado. Art. 31, da Lei 9656/98. Revisão Abusividade no valor das mensalidades. Sentença de improcedência. Impossibilidade da existência de plano de saúde específico para ex-empregados, diverso dos empregados da ativa. Artigo 31 da Lei 9656/98 tem como objetivo manter o beneficiário do plano de saúde, nas mesmas condições impostas aos trabalhadores na ativa. Autor deve realizar o pagamento do custo integral do contrato. Vedação à implementação de novas formas de custeio e de cálculo do prêmio não vigentes aos empregados ativos. Autor deve pagar os mesmos valores cobrados pelo plano coletivo aos funcionários ativos, de forma integral, tanto a cota parte do empregado, como a do empregador. Reajustes das prestações devem corresponder aos mesmos aplicados aos funcionários em atividade. Apuração que deverá ser realizada em sede de liquidação de sentença. Devolução de valores pagos a maior. Cabimento. Entretanto, deve-se observar prazo prescricional trienal, conforme precedente firmado pelo STJ, recursos repetitivos, nºs 1360969 e 1361182. Apelação parcialmente provida.

(TJSP; Apelação Cível 1014495-18.2015.8.26.0451; Relator (a): Edson Luiz de Queiróz; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Piracicaba - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 15/03/2012; Data de Registro: 30/10/2019)

### **Assunto: Inexistência de obrigação da operadora de plano de saúde custear medicamento sem registro na ANVISA.**

Plano de saúde – Tratamento realizado pelo autor com a medicação "Apis melífera (honey bee), Himenopteros 5ml" – Inexistência de registro na ANVISA – Autor que não faz jus aos pretendidos reembolsos – Observância ao tema 0990 do Superior Tribunal de Justiça – Recurso provido.

(TJSP; Apelação Cível 1051892-56.2017.8.26.0576; Relator (a): Luis Mario Galbetti; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José do Rio Preto - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/03/2014; Data de Registro: 29/10/2019)

### **Assunto: Possibilidade de rescisão unilateral de contratos de plano de saúde coletivo, desde que respeitadas as exigências legais.**

AGRAVO REGIMENTAL. Insurgência contra decisão que não conheceu do recurso de apelação, sob o fundamento de ofensa ao princípio da dialeticidade. Reexame da matéria. Ação de restabelecimento de plano de saúde. Rescisão do contrato coletivo unilateralmente pela operadora. Possibilidade, desde que atendidos os requisitos do artigo 17, parágrafo único, da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS, o que só ocorreu entre as pessoas jurídicas. Apelada que não foi notificada acerca do cancelamento do plano. Aplicação do princípio da boa-fé objetiva e demais deveres anexos à função social do contrato. Dever de informação extensivo à apelante, responsável solidária. Aliás, da notificação extrajudicial se extrai que a operadora de plano de saúde também se comprometeu a comunicar a rescisão,

tanto que solicitou a relação de beneficiários em tratamento médico, ademais, não logro oferecer plano individual/familiar, como determina o artigo 1º da Resolução nº 19/1999 do CONSU. Contraprestação do plano oferecido, contudo, que não deve ser feita pelo preço do antigo plano, mas sim deverá ser compatível com o valor de mercado. Precedentes. Sentença reformada em parte. Recurso a que se dá provimento em parte.

(TJSP; Agravo Regimental Cível 1002384-67.2017.8.26.0439; Relator (a): José Rubens Queiroz Gomes; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Pereira Barreto - 1ª Vara Judicial; Data do Julgamento: 29/10/2019; Data de Registro: 29/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade de permanência de ex-empregado nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador.**

APELAÇÃO. Plano de saúde. Funcionário aposentado/demitido. Pretensão à manutenção do benefício nas mesmas condições vigentes à época da demissão. Funcionário que não contribuía para o custeio do plano. Impossibilidade de manutenção do benefício. Precedente do C. STJ. Tema 989. Sentença mantida. Recurso a que se nega provimento.

(TJSP; Apelação Cível 1004173-20.2016.8.26.0445; Relator (a): Maurício Campos da Silva Velho; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Pindamonhangaba - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/10/2019; Data de Registro: 29/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade de manutenção de usuários no plano de saúde coletivo após extinção do vínculo jurídico com a contratante.**

APELAÇÃO. Plano de saúde. Coletivo. Empregado. Demitido. Permanência no plano. Rescisão do contrato de prestação de serviços médico-hospitalares por solicitação da estipulante. Pleito cominatório cumulado com indenização por dano moral. Impossibilidade de manutenção dos usuários pela operadora após extinção do vínculo com a estipulante. Obrigação de oferta de plano individual, sem prazos de carência, conforme Resolução CONSU nº 19, de 25/03/1999 ou portabilidade de carências, nos termos do artigo 28, da RN – ANS nº 279/11. Ausência de comportamento abusivo ou ilícito da operadora. Inexistência de fundamento para o pleito indenizatório. Sentença reformada. Recurso do autor a que se nega provimento. Recurso da ré a que se dá parcial provimento.

(TJSP; Apelação Cível 1003433-31.2017.8.26.0541; Relator (a): Maurício Campos da Silva Velho; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santa Fé do Sul - 2ª Vara; Data do Julgamento: 24/10/2019; Data de Registro: 29/10/2019)

**Assunto: Impossibilidade de permanência de ex-empregado nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador.**

Obrigação de fazer – Funcionário aposentado que trabalhou por mais de dez anos e objetiva se manter no plano de saúde – Impossibilidade, em razão da recente decisão do Superior Tribunal de Justiça firmado na tese 0989, no sentido de que não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, em caso de plano custeado exclusivamente pela empregadora - Inexistência, também, de acordo ou coleção coletiva que assegure o direito à continuidade do contrato – Ação improcedente – Decisão mantida – Recurso improvido.

(TJSP; Apelação Cível 1003803-57.2018.8.26.0320; Relator (a): Luis Mario Galbetti; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Limeira - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/03/2014; Data de Registro: 29/10/2019)

**Assunto: Inadmissibilidade da permanência de ex-empregado, que se recusa a custear o pagamento integral, em plano de saúde coletivo.**

Obrigação de fazer. Plano de saúde coletivo/empresarial. Autor beneficiário do plano por mais de 10 anos e não fora demitido por justa causa. Por ocasião do pagamento integral, o apelante mencionara que o prêmio se apresentava elevado e solicitara o cancelamento da adesão à operadora. Posteriormente, pleiteou o retorno como beneficiário. Inadmissibilidade. Artigo 31 da Lei n.º 9.656/98 faz referência expressa sobre manutenção, logo, o que não mais existe não pode ser mantido. Falta de interesse de agir caracterizada. Ausência de pressuposto processual para regular desenvolvimento do feito impossibilita a entrega da prestação jurisdicional no mérito. Extinção do processo que se mostra adequada. Apelo desprovido

(TJSP; Apelação Cível 0047541-52.2012.8.26.0602; Relator (a): Natan Zelinschi de Arruda; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Sorocaba - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/10/2019; Data de Registro: 29/10/2019)

**Assunto: Legitimidade da recusa do custeio de tratamento em clínica não credenciada quando existentes clínicas na rede que atendem as necessidades do paciente.**

Apelação cível. Plano de saúde. Quimioterapia. Hospital de apoio. Cobertura para atendimento fora da rede credenciada. Sentença de procedência. Preliminar. Reiteração de argumentos da contestação é insuficiente para não conhecimento do recurso. Argumentos relacionam-se com os fundamentos da sentença. Preliminar rejeitada. Mérito. Autora buscou atendimento diretamente fora da rede credenciada. Ausência de negativa de atendimento da ré. Cobertura fora da rede só é admitida em situações excepcionais. Não ocorrência no caso concreto. Autora tinha tempo

hábil para solicitar atendimento. Rede credenciada dispunha de local para atendimento. Nada consta a indicar que o local não dispunha de estrutura adequada. Hospital de apoio. Sírio Libanês. Não acolhimento. nenhum procedimento de alta complexidade foi requisitado neste processo. Sentença reformada. Inversão dos ônus da sucumbência. Apelação da ré provida, não provida apelação da autora.

(TJSP; Apelação Cível 1080725-57.2017.8.26.0100; Relator (a): Edson Luiz de Queiróz; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 30ª Vara Cível; Data do Julgamento: 29/10/2019; Data de Registro: 29/10/2019)

**Assunto: Legitimidade da recusa do custeio de tratamento em clínica não credenciada quando indemonstrada recusa de cobertura pelo plano de saúde.**

Plano de assistência médico-hospitalar. Paciente que optou por tratamento oftalmológico na condição de particular. Ausência de solicitação de cobertura junto à operadora do plano. Prestação de serviços contratada diretamente pela paciente com o Instituto de Oftalmologia e o médico o fora por conta e risco. Contratante que deve suportar integralmente os custos correspondentes. Relação de consumo, por si só, é insuficiente para as pretensões do polo ativo. Improcedência da ação se apresenta adequada. Apelo desprovido.

(TJSP; Apelação Cível 1002933-56.2019.8.26.0003; Relator (a): Natan Zelinschi de Arruda; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional III - Jabaquara - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/10/2019; Data de Registro: 29/10/2019)