



Tribunal de Justiça de Minas Gerais

Processo: 1.0000.26.112276-6/001
Relator: Des.(a) Cavalcante Motta
Relator do Acórdão: Des.(a) Cavalcante Motta
Data do Julgamento: 31/03/2026
Data da Publicação: 06/04/2026

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL- PLANO DE SAÚDE- REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS FORA DA REDE CREDENCIADA- PARTO HUMANIZADO- AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE NEGATIVA DE COBERTURA OU INSUFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL- OPÇÃO PESSOAL DA BENEFICIÁRIA POR EQUIPE PARTICULAR- INEXISTÊNCIA DE FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. - O reembolso de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada do plano de saúde constitui hipótese excepcional, admitida apenas quando demonstrada urgência, emergência ou a efetiva impossibilidade de atendimento pela rede assistencial disponibilizada pela operadora. - A escolha do beneficiário por equipe médica particular ou por modelo específico de assistência obstétrica, sem comprovação de negativa de cobertura ou de insuficiência da rede credenciada, não impõe à operadora de plano de saúde o dever de custear ou reembolsar as despesas correspondentes.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0000.26.112276-6/001 - COMARCA DE UBERLÂNDIA - APELANTE(S): UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - APELADO(A)(S): FABIANA DE ALMEIDA ARAUJO SANTOS

ACÓRDÃO

Vistos etc., acorda, em Turma, a 10ª CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos, em DAR PROVIMENTO AO RECURSO.

DES. CAVALCANTE MOTTA
RELATOR

DES. CAVALCANTE MOTTA (RELATOR)

VOTO

Trata-se de recurso de Apelação interposto contra sentença (ordem 52) proferida pela MMª. Juíza de Direito da 10ª Vara Cível da Comarca de Uberlândia, Claudiana Silva de Freitas, nos autos da Ação de Obrigação de Fazer c/c Pedido de Danos Morais e Materiais ajuizada por FABIANA DE ALMEIDA ARAUJO SANTOS em face de UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, em que julgou parcialmente procedentes os pedidos iniciais, nos seguintes termos:

Ante o exposto, julgo PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos formulados na inicial, resolvendo o mérito, nos termos do art. 487, I, do Código de Processo Civil, para:

a) CONDENAR a ré a reembolsar à autora a quantia de R\$ 18.410,00 (dezoito mil, quatrocentos e dez reais), a título de danos materiais. Sobre este valor deverá incidir correção monetária pelo IPCA desde a data de cada desembolso (conforme datas das notas fiscais), e juros de mora pela SELIC, a contar da citação.

b) CONDENAR a ré ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), valor este a ser corrigido monetariamente pelo IPCA (art. 389, p.u. do CC), a contar da data de publicação desta sentença (Súmula 362 do STJ); e acrescidos de juros moratórios calculados com base na taxa SELIC (art. 406, § 1º do CC e Tema Repetitivo 1.368 do STJ), contados a partir do evento danoso.

Considerando a sucumbência mínima da autora, condeno a ré ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor total da condenação, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC.

Recorre a ré à ordem 52, alegando, em síntese, que sentença merece reforma, ao argumento de que não se caracteriza falha na prestação do serviço; que o contrato de assistência à saúde prevê a utilização prioritária da rede credenciada, sendo o reembolso de despesas médicas fora

dessa rede hip3tese excepcional, restrita aos casos de urg3ncia ou emerg3ncia ou quando comprovada a impossibilidade de atendimento pelos profissionais vinculados ao plano; que no caso concreto, a autora optou voluntariamente pela contrata33o de equipe m3dica particular para a realiza33o do parto, sem demonstrar negativa de cobertura ou inexist3ncia de profissionais credenciados aptos ao atendimento; que a prefer3ncia da benefici3ria por determinado modelo de assist3ncia obst3trica ou por profissionais espec3ficos n3o imp3e a operadora o dever de custear despesas decorrentes de escolha pessoal, sob pena de desvirtuamento da l3gica contratual do sistema de sa3de suplementar. Requer o provimento do recurso, com a reforma da senten3sa para julgar improcedentes os pedidos iniciais.

Preparo regular (ordem 54).

Contrarraz3es 3 ordem 56, pelo desprovimento do recurso.

3 o relat3rio.

Conhe3o do recurso, porquanto presentes os pressupostos de admissibilidade.

Trata-se de A33o de Obriga33o de Fazer c/c Pedido de Danos Morais e Materiais ajuizada por FABIANA DE ALMEIDA ARAUJO SANTOS em desfavor de UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO M3DICO. Aduz que 3 benefici3ria de plano de sa3de em face da operadora, na qual se discute a exist3ncia de falha na presta33o do servi3o, em raz3o da alegada aus3ncia de profissionais credenciados aptos 3 realiza33o de parto na modalidade pretendida pela autora. Em raz3o disso, afirma ter sido compelida a contratar equipe m3dica particular para a realiza33o do procedimento, pleiteando o reembolso das despesas suportadas. A controv3rsia, portanto, cinge-se 3 verifica33o da exist3ncia de negativa indevida de cobertura ou de insufici3ncia da rede credenciada que justifique o ressarcimento das despesas m3dicas realizadas fora da rede assistencial disponibilizada pela operadora do plano de sa3de.

O ju3zo de origem julgou a pretens3o parcialmente procedente, reconhecendo a responsabilidade da empresa r3 e condenando-a ao pagamento de indeniza33o por danos morais no importe de R\$ 10.000,00 e a restitu33o dos valores a t3tulo de danos materiais em R\$ 18.410,00.

Incumbe salientar que os contratos de plano de sa3de devem ser analisados sob a 3tica do C3digo de Defesa do Consumidor, nos termos da s3mula 608 do e. Superior Tribunal de Justi3a:

"S3mula 608: Aplica-se o C3digo de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de sa3de, salvo os administrados por entidades de autogest3o."

As operadoras de planos de sa3de s3o consideradas fornecedores, e seu conveniado, consumidor.

3 a doutrina:

"Apesar da Lei 9.656/98, na sua vers3o atual, nominar os antigos contratos de seguro-sa3de como planos privados de assist3ncia 3 sa3de, indiscut3vel que tanto os antigos contratos de seguro-sa3de, os atuais planos de sa3de, como os, tamb3m comuns, contratos de assist3ncia m3dica possuem caracter3sticas e sobretudo uma finalidade em comum: o tratamento e a seguran3a contra os riscos envolvendo a sa3de do consumidor e de sua fam3lia ou dependentes. Mencione-se, assim, com o eminente Professor e Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, que: 'd3vida n3o pode haver quanto 3 aplica33o do C3digo de Defesa do Consumidor sobre os servi3os prestados pelas empresas de medicina em grupo, de presta33o especializada em seguro-sa3de. A forma jur3dica que pode revestir esta categoria de servi3os ao consumidor, portanto, n3o desqualifica a incid3ncia do C3digo do Consumidor. O reconhecimento da aplica33o do C3digo do Consumidor implica subordinar os contratos aos direitos b3sicos do consumidor, previstos no art. 63o do C3digo...'. (MARQUES, Cl3udia Lima, Contrato no C3digo de Defesa do Consumidor - O novo regime das rela33es contratuais, 43o ed., S3o Paulo: RT, p. 399).

Portanto, ao analisar o contrato imp3e-se interpreta33o mais ben3fica ao consumidor, at3 porque tem leg3tima expectativa de que ser3o cobertos todos os procedimentos necess3rios ao tratamento de enfermidade que lhe acomete.

Ã de se destacar que a incidÃancia das normas do CÃdigo de Defesa do Consumidor ao caso nÃo exige o consumidor de cumprir o Ãnus processual de demonstrar presentes os requisitos para responsabilizaÃÃo da rÃo.

os contratos de assistÃncia mÃdica usualmente estruturam-se com base em rede prÃpria ou credenciada de profissionais e estabelecimentos, mediante os quais a operadora garante a prestaÃÃo dos serviÃos cobertos. A lÃgica econÃmica desses contratos pressupÃe, justamente, a utilizaÃÃo dessa rede assistencial, razÃo pela qual o atendimento por profissionais nÃo credenciados constitui hipÃtese excepcional.

Nesse contexto, o reembolso de despesas mÃdicas realizadas fora da rede credenciada nÃo constitui regra geral do sistema de saÃde complementar, sendo admitido apenas em situaÃÃes especÃficas, como nos casos de urgÃncia ou emergÃncia, ou quando demonstrada a efetiva inexistÃncia de profissionais aptos ao atendimento na rede disponibilizada pela operadora.

Infere-se que a requerente busca pelo ressarcimento dos valores despendidos em razÃo da equipe medica particular que contratou para realizaÃÃo de parto humanizado. A autora aduz que buscou atendimento obstÃtrico junto Ã operadora, nÃo teria encontrado profissionais credenciados aptos a realizar o parto na modalidade pretendida, vez que supostamente os profissionais nÃo atendiam as taxas de parto normal recomendadas pela OMS, razÃo pela qual optou pela contrataÃÃo de equipe mÃdica particular, arcando diretamente com as despesas correspondentes.

Todavia, nÃo se vislumbra prova de que a operadora tenha se recusado a fornecer o atendimento obstÃtrico ou de que inexistissem profissionais credenciados aptos Ã realizaÃÃo do parto.

Importa destacar que o parto, embora de grande relevÃncia na vida da gestante, nÃo se caracteriza, em regra, como situaÃÃo emergencial imprevisÃvel, especialmente quando se trata de gestaÃÃo acompanhada ao longo do perÃodo gestacional. Nessas circunstÃncias, a beneficiÃria dispÃe de tempo hÃbil para planejar a realizaÃÃo do procedimento no Ãmbito da rede credenciada do plano de saÃde.

A circunstÃncia de a autora desejar realizar o parto em condiÃÃes especÃficas ou com determinada equipe mÃdica de sua preferÃncia nÃo tem o poder, por si sÃ, de impor Ã operadora o dever de arcar com os custos decorrentes dessa escolha. HÃi regras. HÃi um contrato.

A liberdade de escolha do profissional de saÃde Ã prerrogativa legÃtima do paciente, mas nÃo pode ser confundida com obrigaÃÃo contratual da operadora de custear atendimento fora da rede credenciada, sobretudo quando inexistente demonstraÃÃo de negativa de cobertura ou de impossibilidade de atendimento pelos profissionais vinculados ao plano.

Nesse sentido, a jurisprudÃncia do Tribunal de JustiÃa do Estado de Minas Gerais tem se orientado no sentido de que o reembolso de despesas mÃdicas realizadas fora da rede credenciada deve ser admitido apenas em hipÃteses excepcionais, quando efetivamente comprovada a impossibilidade de utilizaÃÃo dos serviÃos disponibilizados pela operadora.

A propÃsito, a jurisprudÃncia:

EMENTA: APELAÃO CÃVEL - AÃO DE OBRIGAÃO DE FAZER C/C INDENIZATÃRIA - PLANO DE SAÃDE - MENOR - SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - INVESTIGAÃO DIAGNÃSTICA - SESSÃES DE FONOAUDIOLOGIA E PSICOLOGIA - TERAPIA OCUPACIONAL (ABA) - REEMBOLSO - AUSÃNCIA DE URGÃNCIA OU EMERGÃNCIA - DISPONIBILIZAÃO DE ATENDIMENTO ONLINE - RESIDÃNCIA FORA DA ÃREA DE ABRANGÃNCIA - OPÃO POR PROFISSIONAIS PARTICULARES - IMPROCEDÃNCIA. O reembolso de despesas com profissionais nÃo credenciados, previsto contratualmente, restringe-se Ã s hipÃteses de urgÃncia ou emergÃncia, quando inviÃvel o uso dos serviÃos prÃrios do plano.

NÃo demonstrada a urgÃncia ou a inexistÃncia de profissionais credenciados aptos ao atendimento, afasta-se a obrigaÃÃo de reembolso.

A opÃÃo do beneficiÃrio por realizar tratamento com profissionais particulares, fora da Ãrea de abrangÃncia do contrato, nÃo gera dever de ressarcimento pelo plano.

Recurso Provido. (TJMG - ApelaÃÃo CÃ-vel 1.0000.23.047975-0/002, Relator(a): Des.(a) Roberto Ribeiro de Paiva Junior , 15ª CÂMARA CÃVEL, julgamento em 05/09/2025, publicaÃÃo da sÃmula em 12/09/2025)

Embora fundamentada a autora em entendimento contrário, não se vislumbra nenhuma evidência de que os profissionais disponibilizados pela rede estariam inadequados às diretrizes técnicas adequadas. Não há qualquer prova no sentido de que seriam inexistentes os profissionais aptos a realizar o procedimento nos moldes preconizados pelas diretrizes de saúde, capazes de justificar a negativa da autora ao atendimento ofertado.

Ao contrário, verifica-se que a contratação da equipe médica particular decorreu de opção pessoal da autora, circunstância que, embora compreensível sob o aspecto individual, não pode ser transferida à operadora de plano de saúde, sob pena de desvirtuamento da própria lógica contratual que rege o sistema de saúde suplementar.

Admitir o reembolso nessas condições implicaria, em última análise, permitir que o beneficiário utilize livremente profissionais de sua escolha, independentemente da rede assistencial contratada, impondo à operadora o dever de ressarcimento integral das despesas, o que não encontra respaldo no ordenamento jurídico nem nas condições contratuais firmadas entre as partes.

Com efeito, é direito da requerente escolher pela equipe profissional a atendê-la, haja vista que é facultado a gestante escolher sua via de parto, desde que se trate de gestação de risco habitual. Entretanto, a livre escolha de profissionais de confiança do paciente, embora legítima, não transfere automaticamente à operadora o ônus financeiro decorrente da contratação particular, quando existente rede assistencial apta a prestação do serviço contratado. A escolha é entre os credenciados.

Nesse contexto, não se decorre falha na prestação do serviço capaz de justificar a condenação imposta na sentença recorrida.

Assim, inexistindo prova de negativa indevida de cobertura ou de impossibilidade de utilização da rede credenciada, mostra-se indevida a condenação da operadora ao reembolso das despesas médicas realizadas com profissionais particulares.

Destarte, a reforma da sentença é medida que se impõe.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, DOU PROVIMENTO AO RECURSO para reformar a r. sentença e julgar improcedentes os pedidos iniciais.

Via de consequência, inverte os ônus de sucumbência para condenar a apelada ao pagamento das custas processuais, inclusive recursais, mais honorários advocatícios que fixo em 15% sobre o valor atualizado da causa.

DES. CLARET DE MORAES - De acordo com o(a) Relator(a).

DESA. JAQUELINE CALÁBRIA ALBUQUERQUE - De acordo com o(a) Relator(a).

SÂMULA: "DERAM PROVIMENTO AO RECURSO"