



EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL — PLANO DE SAÚDE — AÇÃO DE REPARAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS — ADITAMENTO DA INICIAL APÓS A CITAÇÃO — AMPLIAÇÃO DO PEDIDO SEM ANUÊNCIA DA RÉ — ART. 329, II, DO CPC — NULIDADE PARCIAL RECONHECIDA — ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FORA DA REDE CREDENCIADA — DANO MORAL — TEMA 1365 DO STJ.

A estabilização da demanda imposta pelo art. 329, II, do CPC alcança não apenas a causa de pedir, mas também o pedido, de modo que a ampliação objetiva promovida após a citação, ainda que fundada no mesmo fato gerador, depende de anuência do réu, não suprida pela invocação genérica da primazia do julgamento de mérito. Opondo-se a ré expressamente ao aditamento que mais que dobrou o conteúdo econômico da pretensão de danos materiais, impõe-se o reconhecimento da nulidade parcial da sentença, com a exclusão da parcela acrescida e a limitação da condenação ao valor originariamente postulado.

Em situação de urgência e emergência, comprovada por prova documental idônea, é devido o reembolso das despesas médico-hospitalares suportadas pelo beneficiário em estabelecimento não credenciado, à luz do art. 12, VI, e do art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98.

A teor do entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça, o reembolso de atendimento prestado fora da rede credenciada submete-se, como regra, aos limites da tabela do produto contratado, ressalvada a hipótese de inexecução contratual por omissão da operadora em indicar ou disponibilizar prestador apto, caso em que o reembolso há de ser integral.

Não tendo a operadora demonstrado a existência e o conteúdo da tabela limitadora que invoca, ônus que lhe competia, impõe-se o reembolso pelo valor comprovadamente despendido, observado o limite do pedido admissível.

A recusa de reembolso, em contexto de grave urgência médica e vulnerabilidade do consumidor, ultrapassa o mero aborrecimento e configura dano moral indenizável, não se confundindo a hipótese com a mera divergência interpretativa de que trata o Tema 1365 do STJ. **Sucumbência recíproca proporcional.**

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0000.26.201610-8/001 - COMARCA DE UNAÍ - APELANTE(S): JOAO GILBERTO SILVA FERREIRA, UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - APELADO(A)(S): JOAO GILBERTO SILVA FERREIRA, UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

A C Ó R D ã O

Vistos etc., acorda, em Turma, a 14ª CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Apelação Cível Nº 1.0000.26.201610-8/001

ata dos julgamentos, em **REJEITAR A PRIMEIRA PRELIMINAR, ACOLHER A SEGUNDA, DAR PARCIAL PROVIMENTO AO PRIMEIRO RECURSO E PROVIMENTO AO SEGUNDO.**

DES. NICOLAU LUPIANHES NETO
RELATOR



DES. NICOLAU LUPIANHES NETO (RELATOR)

V O T O

Trata-se de Apelações Cíveis interpostas por UNIMED BELO HORIZONTE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO e por JOÃO GILBERTO SILVA FERREIRA, respectivamente, contra a sentença proferida nos autos da “Ação de Reparação por Danos Materiais cumulada com Indenização por Danos Morais”, que julgou parcialmente procedente o pedido inicial, nos seguintes termos:

Em face do exposto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos da inicial [ID 10294268188], com seu aditamento [ID 10463046875], extinguindo o processo com resolução do mérito (Art. 487, inciso I, CPC), para:

1. CONDENAR a ré, UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, a reembolsar ao autor, JOÃO GILBERTO SILVA FERREIRA, as despesas médicas e hospitalares decorrentes dos atendimentos de urgência/emergência.

O reembolso deve ser limitado aos valores previstos na tabela de preços praticada pela operadora junto à sua rede credenciada na localidade dos atendimentos (Brasília/DF e São Paulo/SP) para o plano contratado, respeitando os limites contratuais. O valor exato deve ser apurado em liquidação de sentença. Sobre o montante apurado, incidirá atualização monetária pela variação do IPCA a partir da data de cada desembolso (abril e maio de 2024). Os juros de mora incidirão a partir da citação e serão calculados pela taxa SELIC, deduzido o índice de atualização monetária (IPCA). Se o resultado da dedução for negativo, a taxa de juros de mora será de 0%.

2. CONDENAR a ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais). O montante deve sofrer atualização monetária pela variação do IPCA a partir desta sentença (Súmula 362 do STJ). Os juros de mora incidirão a



partir da citação e serão calculados pela taxa SELIC, deduzido o índice de atualização monetária (IPCA).

3. CONDENAR a ré ao pagamento das custas processuais e dos honorários de advogado, que fixo em 10% sobre o valor total da condenação, conforme o artigo 85, § 2º, do CPC.

Em caso de custas pendentes, proceda-se conforme a Lei Estadual n.º 14.939/2003 e o Provimento Conjunto n.º 75/2018.”

Em suas razões recursais (ordem nº 82), a primeira apelante, UNIMED BELO HORIZONTE sustenta, preliminarmente, a nulidade parcial da sentença em razão do acolhimento de aditamento da petição inicial após a citação e sem sua anuência, com ampliação do valor pretendido pelo autor.

No mérito, argumenta que não houve negativa de cobertura assistencial, mas apenas recusa de reembolso de despesas realizadas fora da rede credenciada.

Defende a inexistência de prova da indisponibilidade da rede conveniada, afirma que o autor optou por atendimento em estabelecimentos de sua preferência e sustenta a legalidade das cláusulas contratuais que condicionam o reembolso a hipóteses excepcionais.

Alega, ainda, a inexistência de ato ilícito e de dano moral indenizável.

Por tais razões, pugna pela reforma integral da sentença, para julgar improcedentes os pedidos iniciais.

Por sua vez, o segundo apelante, JOÃO GILBERTO SILVA FERREIRA (ordem nº 85), assevera que a sentença deve ser reformada apenas quanto à limitação do reembolso aos valores previstos na tabela da operadora.



Argumenta que os atendimentos decorreram de situações de urgência e emergência, que não havia disponibilidade de rede apta a prestar o tratamento necessário e que a operadora falhou na prestação do serviço.

Defende o direito ao reembolso integral das despesas comprovadamente suportadas, no montante de R\$ 189.415,44, afirmando, ainda, que a ré não juntou aos autos a tabela utilizada como parâmetro limitador.

Ressalta que a regulamentação da ANS, as cláusulas contratuais e a jurisprudência aplicável autorizam o ressarcimento integral nas hipóteses de falha da operadora e impossibilidade de utilização da rede credenciada.

Foram apresentadas contrarrazões, nas quais as partes pugnam pelo desprovemento do recurso adverso e pela manutenção da sentença nos pontos que lhes são favoráveis (ordens nº 89/90).

É o relatório.

PRELIMINAR – DIALETICIDADE RECURSAL

O segundo apelante pede pelo não conhecimento do recurso, pontuando que a primeira apelante não teria impugnado os fundamentos da sentença, fazendo meramente alegações soltas e genéricas, o que, segundo alega, violaria o princípio da dialeticidade.

Entretanto, analisando a petição recursal, entendo que a recorrente demonstrou, de forma suficiente, as razões do pedido de reforma da sentença recorrida.

Cumprido destacar, ainda, que a reiteração dos argumentos expostos na petição inicial não representa, por si só, obstáculo ao conhecimento do recurso, nem ofensa ao princípio da dialeticidade, desde que as razões sejam, em tese, capazes de infirmar os fundamentos da sentença (STJ – AgInt no AREsp 980.599/SC, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em



Apelação Cível Nº 1.0000.26.201610-8/001

13/12/2016, Dje 02/02/2017; AgRg nos Edcl no AREsp 760.065/SC, Rel. Ministra Assusete Magalhães, Segunda Turma, julgado em 10/03/2016, Dje 17/03/2016).

Portanto, **rejeito** a preliminar.

Presentes os pressupostos de admissibilidade, CONHEÇO de ambos os recursos.

PRELIMINAR – NULIDADE DA SENTENÇA

Sustenta a ré a nulidade parcial da sentença, ao argumento de que o Juízo de origem deferiu o aditamento da petição inicial após a citação e sem a sua anuência, em violação ao art. 329, II, do CPC, do que teria resultado indevida ampliação objetiva da demanda, com a inclusão de despesas no valor de R\$ 99.262,86, a elevar o pedido de danos materiais de R\$ 90.152,58 para R\$ 189.415,44.

A preliminar merece acolhimento.

O art. 329, II, do CPC condiciona ao consentimento do réu a alteração do pedido ou da causa de pedir realizada após a citação e até o saneamento.

Cumprido afastar, de início, o fundamento adotado na origem, e reproduzido nas contrarrazões, de que o aditamento seria admissível por não ter alterado a causa de pedir.

É que a estabilização da demanda imposta pela norma alcança não apenas a causa de pedir, mas também o pedido, expressamente referido no caput do art. 329.

Ainda que se reconheça a identidade do fato gerador, o que se promoveu na espécie foi inequívoca ampliação do pedido de danos materiais, mediante a inclusão das despesas hospitalares do procedimento realizado no Hospital Albert Einstein, parcela que sequer figurava quantificada na petição inicial.



A circunstância de a causa de pedir permanecer a mesma não convalida a ampliação objetiva do pedido, que, por si só, atrai a exigência de anuência.

E a anuência, no caso, não apenas inexistiu, como a ré a ela expressamente se opôs, quando intimada para manifestar-se sobre o aditamento.

Não se cuida, ademais, de ajuste meramente formal ou de correção de erro material, mas de acréscimo que mais que dobrou o conteúdo econômico da pretensão indenizatória, com repercussão direta na extensão da lide e da defesa.

Diante de oposição expressa, a invocação genérica da primazia do julgamento de mérito e da economia processual não tem aptidão para afastar regra de estabilização da demanda, sob pena de permitir que a parte autora amplie unilateralmente os limites objetivos do processo já estabilizado, em prejuízo do contraditório e da paridade de armas.

Impõe-se, pois, o reconhecimento da nulidade parcial da sentença, no ponto em que admitiu o aditamento e condenou a ré ao ressarcimento da parcela acrescida de R\$ 99.262,86, devendo o julgamento de mérito circunscrever-se ao pedido originariamente formulado, no valor de R\$ 90.152,58.

Acolho a preliminar e, por consequência, dou parcial provimento ao recurso da ré neste ponto.

MÉRITO

O ponto central do recurso da ré é a inexistência do dever de reembolso, ao passo que o recurso do autor tem como objeto a extensão desse dever, discutindo se o reembolso deve ser integral ou limitado à tabela interna da operadora.

Objetivando facilitar a compreensão do presente voto, passo à análise, primeiramente, do recurso da ré.



A relação jurídica entre as partes é incontroversa e configura relação de consumo, atraindo a incidência do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), nos termos da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, e da Lei nº 9.656/98, que regula os planos privados de assistência à saúde.

A UNIMED BH sustenta que inexistente dever de reembolso porque: (i) o autor não comprovou a indisponibilidade da rede credenciada nas localidades de atendimento; (ii) o prontuário médico registra que ele teria sido atendido em unidade da rede antes de optar pelo Hospital Brasília; e (iii) a urgência, por si só, não confere ao beneficiário o direito de escolher livremente prestadores não credenciados com posterior imposição de reembolso integral à operadora.

Contudo, a tese não se sustenta diante do conjunto fático e probatório dos autos.

Em primeiro lugar, a gravidade dos quadros clínicos é incontrovertida. O autor, aos 44 anos, foi acometido por AVC com déficit agudo de fala, encontrava-se em Brasília/DF, cidade distante de seu domicílio em Unaí/MG, sem acompanhante, e buscou atendimento de referência em neurologia vascular.

Posteriormente, com diagnóstico de aneurisma de artéria carótida interna proximal com trombo mural, foi submetido, a indicação expressa do cirurgião vascular Dr. Ricardo Aun, a cirurgia endovascular de urgência no Hospital Albert Einstein/SP.

O relatório médico é categórico ao qualificar o procedimento como de urgência, e o quadro clínico (aneurisma de carótida com trombo, com risco iminente de acidente vascular ou hemorragia) enquadra-se, inequivocamente, nas hipóteses do art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98, que define emergência como o quadro que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis.



Em segundo lugar, a circunstância de o prontuário registrar que o autor havia procurado um hospital da rede credenciada no dia anterior à internação no Hospital Brasília não descaracteriza a urgência do quadro subsequente nem demonstra que aquela unidade dispunha de toda a estrutura necessária ao tratamento do AVC.

Um AVC com *déficit* de fala de início agudo, que não cede em 24 horas, exige atendimento neurológico especializado. Exigir de um paciente nessas condições que previamente contatasse a central da operadora, localizasse hospital da rede com expertise em AVC agudo e obtivesse autorização seria impor condição de impossível cumprimento, incompatível com a natureza emergencial da situação.

Em terceiro lugar, à luz da inversão do ônus da prova decorrente do art. 6º, VIII, do CDC, incumbia à UNIMED BH demonstrar que dispunha, em Brasília/DF e em São Paulo/SP, de hospitais credenciados com estrutura especializada em AVC agudo e em cirurgia endovascular complexa, capazes de absorver o atendimento com a prontidão exigida pela gravidade dos casos.

A operadora, todavia, não se desincumbiu desse ônus.

Em nenhum momento juntou lista de credenciados para as referidas localidades, indicou hospitais específicos aptos ao tratamento das patologias em questão ou demonstrou que o autor teria sido informado ou encaminhado a estabelecimentos de sua rede.

Limitou-se a afirmar, genericamente, que o contrato prevê a utilização da rede credenciada e que o reembolso é medida excepcional, sem trazer qualquer elemento concreto que evidenciasse a disponibilidade e aptidão da rede para o caso específico.

Nesse contexto fático, o reconhecimento do dever de reembolso é medida que se impõe, não por aplicação automática da urgência como pressuposto suficiente, mas pela conjugação de dois elementos concorrentes, a urgência efetiva e comprovada dos quadros clínicos,



Apelação Cível Nº 1.0000.26.201610-8/001

de um lado, e a não demonstração de disponibilidade de rede credenciada apta nas localidades de atendimento, de outro.

Do mesmo modo, já se posicionou esta c. Câmara julgadora:

APELAÇÕES CÍVEIS. INDENIZAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - CIRURGIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - CARÊNCIA - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - ATENDIMENTO AMBULATORIAL - LIMITAÇÃO A 12 (DOZE) HORAS - DESCABIMENTO - REEMBOLSO - TABELA DA OPERADORA - Havendo contratação dos segmentos de atendimento ambulatorial e hospitalar, o segurado, em situação de urgência ou emergência, ainda que superadas as 12 (doze) horas, permanecerá assistido pelo plano de saúde, que prevê o atendimento hospitalar caso haja necessidade de internação, sem limitação de tempo. - Constituindo obrigação da Promed arcar com os valores das despesas médicas e hospitalares, o reembolso deve ser satisfeito com base nos valores previstos na sua tabela, sendo certo que o nosocômio faz parte da sua rede de conveniados. - A operadora deve reembolsar os valores das despesas médicas e hospitalares, eis que demonstrada a necessidade de internação em caráter de urgência. - o constrangimento e angústia experimentados pelo menor em virtude de ilegítima recusa de cobertura por plano de saúde caracteriza dano moral. - O arbitramento deve ser realizado com moderação, em atenção à realidade da vida e às peculiaridades de cada caso, proporcionalmente ao grau de culpa e ao porte econômico das partes, sem se descuidar do sentido punitivo da condenação. (TJMG - Apelação Cível 1.0000.23.123594-6/001, Relator(a): Des.(a) Cláudia Maia, 14ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 26/10/2023, publicação da súmula em 27/10/2023)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE PROCEDIMENTO COMUM - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - APLICAÇÃO DO CDC - ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR DE URGÊNCIA - DEPENDENTE QUÍMICO - CLÍNICA NÃO CREDENCIADA - REEMBOLSO DAS DESPESAS - LIMITAÇÃO.

- Os serviços securitários estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo, conforme se extrai do art. 3º, § 2º, do CDC.
- Tratando-se de atendimento de urgência, mostra-se necessária a condenação da operadora do plano de



saúde ao reembolso das despesas médicas e hospitalares, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados, ainda que o atendimento tenha sido realizado por clínica não credenciada, limitando-se aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela ré em clínicas credenciadas pela ré. (TJMG - Apelação Cível 1.0000.21.068596-2/003, Relator(a): Des.(a) Valdez Leite Machado, 14ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 15/09/2023, publicação da súmula em 15/09/2023)

A UNIMED BH requereu a exclusão da condenação por danos morais ou, subsidiariamente, a redução do valor arbitrado, com fundamento no Tema 1365 do STJ, que afastou o dano moral presumido (*in re ipsa*) nas hipóteses de recusa indevida de cobertura por operadora de plano de saúde.

Cumprе observar, inicialmente, que o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp nº 2.165.670/SP (2ª Seção, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 11/03/2026), proferido sob o rito dos recursos repetitivos, fixou a seguinte tese para o Tema 1365: "*A simples recusa indevida de cobertura médico-assistencial por operadora de plano de saúde não gera, por si só, dano moral presumido (in re ipsa), sendo imprescindível a presença de outros elementos que permitam constatar a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento ou dissabor.*"

O precedente expressamente ressalva que a recusa de cobertura pode envolver inúmeros fatores e que a diversidade dos tipos de tratamento e dos riscos a que se submete o paciente influencia diretamente no reconhecimento do dano moral.

O Tema 1365 não impede o reconhecimento do dano moral no caso concreto. O que afasta é o dano presumido decorrente da mera recusa de cobertura, sem a verificação de outros elementos. No caso dos autos, os elementos concretos que evidenciam o abalo



extrapatrimonial são expressivos e estão devidamente documentados nos autos.

O autor, ao ser acometido por AVC aos 44 anos, encontrava-se sozinho em cidade distante de seu domicílio, sem acompanhantes no momento da admissão hospitalar, com déficit de fala de início agudo, e teve de tomar decisões médicas críticas nessa condição. Em seguida, ao receber o diagnóstico de aneurisma de artéria carótida com trombo, foi submetido a cirurgia endovascular de urgência, tendo arcado integralmente com despesas que somaram R\$ 189.415,44, valor de elevada magnitude que, para a grande maioria das pessoas, representa impacto financeiro severo.

Ao buscar o reembolso ao qual fazia jus por força de lei e de contrato, obteve resposta negativa genérica da operadora, que sequer analisou adequadamente o caráter de urgência e emergência dos atendimentos.

Nesse contexto, a conduta da operadora não configurou mero inadimplemento contratual. Ela negou cobertura contratual e legal a um segurado que, em situação de extrema vulnerabilidade física e emocional, havia contraído dívidas expressivas para preservar sua própria vida, agravando sua angústia e insegurança em momento em que se encontrava em processo de recuperação de quadros gravíssimos. Há, portanto, outros elementos concretos que demonstram a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento cotidiano.

Por sua vez, o valor arbitrado pelo juízo de origem em R\$ 10.000,00 mostra-se adequado, proporcional à gravidade dos fatos e às circunstâncias do caso, cumprindo a dupla finalidade compensatória e pedagógica sem importar em enriquecimento indevido.

Mantém-se, portanto, a condenação por danos morais no valor fixado na sentença.



Superadas tais questões, passo à análise do recurso do segundo apelante.

A sentença condenou a ré ao reembolso das despesas médicas, porém limitou o valor a ser apurado em liquidação à tabela de preços praticada pela operadora junto à sua rede credenciada nas localidades de Brasília/DF e São Paulo/SP, com fundamento no art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98 e no entendimento consolidado no STJ.

O autor, em seu recurso, sustenta que o reembolso deve ser integral, no valor de R\$ 189.415,44, pelas seguintes razões: (a) a operadora não juntou qualquer tabela aos autos, sendo inviável a limitação por parâmetro inexistente nos autos; (b) a limitação do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98 pressupõe livre escolha do beneficiário por prestador não credenciado, hipótese diversa da verificada nos autos; (c) o art. 10 da Resolução Normativa ANS nº 566/2022 impõe o reembolso integral quando a operadora descumpra sua obrigação de garantir acesso à rede; e (d) o STJ, no julgamento do AgInt no AgInt no REsp nº 2.063.554/SP, firmou a tese de que, quando a operadora se omite em indicar prestador credenciado apto, o reembolso é integral.

A razão está com o autor, pelos fundamentos que passo a expor.

O art. 12, VI, da Lei nº 9.656/98 dispõe que o reembolso de despesas realizadas fora da rede deve ocorrer "nos limites das obrigações contratuais" e "de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto".

Não obstante, a obrigação de cobertura integral, reconhecida judicialmente em razão da recusa abusiva, impõe ao plano de saúde o dever de arcar com todos os custos necessários à efetivação do tratamento.



A limitação a tabelas de reembolso aplica-se a situações de livre escolha do beneficiário, o que difere do presente caso, em que a busca por assistência decorreu de um ilícito contratual da própria operadora.

Assim, a responsabilidade pelo custeio é integral, sob pena de esvaziamento da tutela jurisdicional concedida.

No caso concreto, ficou demonstrado que a UNIMED BH não indicou hospitais credenciados aptos ao tratamento do AVC e do aneurisma de carótida nas localidades em que o autor se encontrava.

Quando acionada administrativamente para o reembolso, a operadora simplesmente negou o pedido com argumento genérico de que *"o contrato não assegura livre escolha de prestadores"*, sem sequer tentar demonstrar que dispunha de rede apta.

A isso se acresce o argumento probatório de reforço trazido pelo autor, caracterizado pelo fato de que a UNIMED BH não juntou, em nenhum momento do processo, a tabela de preços que serviria de parâmetro para a limitação do reembolso.

A regra de distribuição do ônus da prova (art. 373, II, do CPC) impõe ao réu a prova dos fatos extintivos, modificativos ou impeditivos do direito do autor. A existência e o conteúdo de uma tabela limitadora do reembolso constituem fato de natureza impeditiva do direito pleiteado, e a prova de tal fato cabe exclusivamente à operadora, que detém o documento e a informação.

Ao não produzi-la, a UNIMED BH deixou sem lastro probatório a restrição que pretendia impor, tornando inviável qualquer limitação em sede de liquidação.

Diante da configuração de inexecução contratual por omissão da operadora, da ausência de qualquer tabela nos autos, impõe-se o reembolso integral das despesas comprovadamente suportadas pelo autor, no valor de R\$ 189.415,44.



Apelação Cível Nº 1.0000.26.201610-8/001

Por derradeiro, no tocante à sucumbência, o quadro alterou-se com o acolhimento da preliminar.

A ré decai da pretensão de afastamento do dever de reembolso e da condenação por danos morais, suportando a condenação ao reembolso de R\$ 90.152,58 e à indenização de R\$ 10.000,00; o autor, por seu turno, decai da parcela de R\$ 99.262,86, excluída em razão da inadmissibilidade do aditamento.

Configura-se, pois, sucumbência recíproca, a ser distribuída proporcionalmente, nos termos do art. 86 do CPC.

Considerando que a ré sucumbe na maior parte, distribuo o ônus na proporção de 80% para a ré e 20% para o autor.

Ante o exposto, **REJEITO A PRELIMINAR DE OFENSA À DIALETICIDADE, ACOELHO A PRELIMINAR DE NULIDADE PARCIAL DA SENTENÇA E, NO MÉRITO, DOU PARCIAL PROVIMENTO AO PRIMEIRO RECURSO E PROVIMENTO AO SEGUNDO**, para:

- a) reconhecer a nulidade parcial da sentença quanto ao aditamento da inicial, excluindo a parcela de R\$ 99.262,86 e limitando a pretensão de danos materiais ao valor originariamente postulado;
- b) afastar a limitação do reembolso à tabela da operadora e condenar a ré ao reembolso integral das despesas médico-hospitalares comprovadas, observado o teto de R\$ 90.152,58;
- c) manter a condenação por danos morais no valor de R\$ 10.000,00 e os consectários fixados na sentença;
- d) redistribuir a sucumbência na proporção de 80% para a ré e 20% para o autor.

É como voto.

DESA. CLÁUDIA MAIA - De acordo com o(a) Relator(a).



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Apelação Cível Nº 1.0000.26.201610-8/001

DES. LUIZ CARLOS GOMES DA MATA - De acordo com o(a)
Relator(a).

SÚMULA: "REJEITARAM A PRIMEIRA PRELIMINAR,
ACOLHERAM A SEGUNDA, DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO
PRIMEIRO RECURSO E PROVIMENTO AO SEGUNDO."