

## ACÓRDÃO

**VISTOS**, relatados e discutidos os presentes autos de **APELAÇÃO CÍVEL Nº 0110771-67.2017.8.09.0149**, da Comarca de TRINDADE, interposta pelo **INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE GOIAS – IPASGO**.

**ACORDAM** os integrantes da Primeira Turma Julgadora da 1ª Câmara Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, por unanimidade, **EM CONHECER DA APELAÇÃO E LHE DAR PARCIAL PROVIMENTO**, nos termos do voto do Relator.

**VOTARAM**, além do RELATOR, a Des<sup>a</sup>. **AMÉLIA MARTINS DE ARAÚJO** e a Des<sup>a</sup> **MARIA DAS GRAÇAS CARNEIRO REQUI**.

**PRESIDIU** o julgamento, o Desembargador **CARLOS ROBERTO FÁVARO**.

**PRESENTE** à sessão a Procuradora de Justiça, Dra. **ESTELA DE FREITAS REZENDE**.

Custas de lei.

Goiânia, 23 de agosto de 2021.

**SÉRGIO MENDONÇA DE ARAÚJO**

**JUIZ DE DIREITO SUBSTITUTO EM 2º GRAU**

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 0110771-67.2017.8.09.0149**

**COMARCA DE TRINDADE**

**APELANTE : INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE GOIAS – IPASGO**



**APELADOS** : LETYCIA CRISTINA AGUIAR CUNHA E JOSÉ CLEMENTINO DA CUNHA  
                  : FILHO  
**RELATOR** : Sérgio Mendonça de Araújo  
                  : Juiz de Direito Substituto em 2º Grau

## VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade do recurso, dele conheço.

Conforme relatado, trata-se de recurso de apelação cível interposto pelo **INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS- IPASGO**, contra a sentença (movimentação 18) do MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Judicial da comarca de Trindade proferida nos autos da *ação de ressarcimento de despesas médicas c/c indenização por danos morais* ajuizada por **LETYCIA CRISTINA AGUIAR CUNHA E JOSÉ CLEMENTINO DA CUNHA FILHO**.

Versam os autos sobre pedido de restituição de quantias desembolsadas pelos autores com tratamento médico, em razão da negativa do plano de saúde, no valor total de R\$ 3.530,00 (três mil quinhentos e trinta reais), sendo: R\$ 3.260,00 (três mil duzentos e sessenta reais) relativo aos gastos com material (curativos), R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) referente a sessão de fisioterapia, e R\$ 120,00 (cento e vinte reais) relativo à consulta médica

Inicialmente, um esclarecimento acerca da não aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao caso.

É bem verdade que o entendimento predominante no Superior Tribunal de Justiça até pouco tempo era a incidência da Lei Consumerista em toda e qualquer situação/relação jurídica envolvendo plano de saúde, conforme enunciado da Súmula 469, *verbis*: “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*”.

No entanto, o mesmo Tribunal, restringindo a incidência do CDC aos planos de saúde, editou o enunciado da Súmula 608, o qual preconiza: “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão*”.

Portanto, considerando que o IPASGO saúde é operado na modalidade de autogestão, tem-se que ele não se submete ao regramento consumerista. Eis o entendimento desta 1ª Câmara Cível:



“DUPLO GRAU DE JURISDIÇÃO E APELAÇÃO CÍVEL. MANDADO DE SEGURANÇA. IPASGO. TRATAMENTO MÉDICO. NEGATIVA DE COBERTURA. ANEURISMA. NECESSIDADE DE COLOCAÇÃO DE STENT INTRACRANIANO. ILEGALIDADE DA NEGATIVA. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICÁVEL. SÚMULA 608 DO STJ. APLICABILIDADE DAS LEIS 9.656/98 E 9.961/2000. REGIME JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. 1. **Segundo a Súmula nº 608, do STJ, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, exceto os administrados por entidades de autogestão.** 2. **O IPASGO é uma autarquia na modalidade de autogestão, ou seja, opera plano de assistência de saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários, sem finalidade lucrativa.** 3. Embora não se aplique a Lei Consumerista aos contratos de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, não ficam imunes aos ditames do Código Civil (arts. 423 e 424), dada a sua natureza adesiva e o princípio da força vinculante dos contratos, nem ao regramento da Lei n.º 9.656/98 e da Lei n. 9.961/2000, e, por conseguinte, as normativas da Agência Nacional de Saúde/ANS. 4. Depreende-se que o tratamento indicado tem suporte em expressa recomendação médica, por ser o mais adequado para o sucesso do tratamento da paciente. Logo, demonstrada a violação a direito líquido e certo da impetrante, acertada a sentença que concedeu a segurança, confirmando a liminar anteriormente deferida. DUPLO GRAU DE JURISDIÇÃO E APELO CONHECIDOS, MAS DESPROVIDOS.” (TJGO, Apelação / Reexame Necessário 0278242-19.2014.8.09.0051, Rel. MARIA DAS GRAÇAS CARNEIRO REQUI, 1ª Câmara Cível, julgado em 17/07/2019, DJe de 17/07/2019) (grifei)

Sendo assim, a questão deverá ser analisada à luz da legislação específica aplicável ao caso (Lei nº 17.477/2011), e, também, com atenção ao regramento contido no Código Civil (arts. 421, 423 e 424), notadamente quanto aos contratos de adesão, e Lei n.º 9.656/98, a qual prevê em seu art. 1º, inciso II:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

(...)

II - **Operadora de Plano de Assistência à Saúde:** pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou **entidade de autogestão**, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (...)” (grifei)

Vê-se que a demanda busca, em suma, obrigar o apelante ao ressarcimento de despesas médicas dispendidas pelos apelados para cobrir tratamento de queimaduras de 2º e 3º graus, em 12% do corpo de Letycia Cristina Aguiar Cunha, filha e dependente de José Clementino da Cunha Filho (segundo apelado) no plano de saúde.



A sentença, por sua vez, acolheu parcialmente o pedido inicial, condenando Instituto apelante ao ressarcimento das despesas efetuadas com o tratamento médico necessário, conforme prescrição médica, no importe de R\$ R\$ 3.260,00 (três mil duzentos e sessenta reais).

Pois bem, afirma o recorrente que, em atenção ao princípio da legalidade, não tem obrigação de ressarcir as despesas médicas, notadamente por não constar na tabela de cobertura, ou em contrato entabulado entre as partes.

**Sem razão o apelante. Senão vejamos.**

A cobertura de tratamento médico pelo IPASGO saúde foi expressamente prevista no art. 4º da Lei nº 17.477/11, que assim dispõe:

“Art. 4º. O Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás ‘IPASGO Saúde’ consiste na cobertura das despesas decorrentes dos procedimentos previstos em **tabelas próprias do Instituto para o atendimento médico, ambulatorial, hospitalar, psicológico, fonoaudiológico, fisioterapêutico, nutricional e odontológico, bem como dos atos necessários ao diagnóstico e aos tratamentos devidos aos usuários**, na forma estabelecida nesta Lei e em normas complementares.”  
(grifei)

O STJ e o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, inclusive por sua 1ª Câmara Cível, já sedimentaram o entendimento de que havendo previsão em relação à cobertura da patologia que agride o paciente, não pode a operadora do plano de saúde se recusar a fornecer a medicação/terapia prescrita pelo médico para o tratamento. Observe-se:

“(…). 1. **A jurisprudência do STJ tem entendimento firmado no sentido de ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. Omissis.**”  
(AglInt no AREsp 1467124/MA, Rel. Min. Marco Buzzi, 4ª Turma, DJe 19/12/2019) (grifei)

“AGRAVO DE INSTRUMENTO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA. PACIENTE CARDIOPATA PORTADOR DE ESTENOSE GRAVE. IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VALVA AÓRTICA. TAVI VALVE IN VALE. NEGATIVA DE COBERTURA. IPASGO. PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. COPARTICIPAÇÃO. I. **Exsurge irrazoável a negativa de cobertura do procedimento prescrito ao agravante sob a alegação de que não encontra previsão contratual, sobretudo porque, segundo entendimento do STJ, o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta, motivo porque**



**revela-se abusiva eventual cláusula que exclua o tratamento indicado, independentemente da incidência, ou não, das normas consumeristas.** II. Os relatórios que instruem a presente súplica, elaborados por profissionais habilitados, exprimem a imprescindibilidade do procedimento prescrito ao paciente (implante percutâneo de valva aórtica - TAVI Valve in Valve) em razão da gravidade de seu quadro clínico, bem como os perigos que decorrem da demora de sua realização. III. - V. *Omissis*. VI. De rigor, contudo, a observância do regramento atinente ao regime de coparticipação, nos termos da Lei nº 17.477/2011. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.” (TJGO, Agravo de Instrumento ( CPC ) 5322369-37.2019.8.09.0000, Rel. ROBERTO HORÁCIO DE REZENDE, 1ª Câmara Cível, julgado em 10/10/2019, DJe de 10/10/2019) (grifei)

Analisando a documentação apresentada pela parte apelada, relatório médico, observa-se que restou evidente a necessidade do tratamento, bem como a urgência na realização deste.

Outrossim, os recorridos demonstraram os gastos efetuados com a aquisição dos curativos (ACTICOAT ou CURATEC – curativo antimicrobiano de polietileno impregnado com prata) para tratar as queimaduras de 2º e 3º graus de **Letycia Cristina Aguiar Cunha, filha de José Clementino da Cunha Filho e dependente deste no plano de saúde**, no importe de R\$ 3.260,00 (evento 01, fls. 16 e 23).

Outrossim, comprovada também a previsão em lista de procedimentos disponíveis no sítio eletrônico do IPASGO (<http://www.ipasgo.go.gov.br>) alusiva à cobertura do tratamento despendido pelos autores.

Assim, superada a análise de cabimento da condenação do Instituto apelante quanto ao ressarcimento dos gastos dos apelados com o referido tratamento, passemos ao estudo de como deverá ser efetuado.

O art. 53 da Lei Estadual nº 17.477/2011, estabelece que:

“Art. 53. O IPASGO poderá efetuar o ressarcimento de despesas realizadas por prestador de serviço não credenciado, desde que o atendimento tenha ocorrido em situação de urgência ou emergência atestada pelo médico assistente, e na hipótese de comprovada ausência de entidade ou profissional credenciado na localidade da ocorrência.

Parágrafo único. Preenchidas as condições previstas no *caput*, o ressarcimento será realizado conforme instrução estabelecida no Regulamento e de acordo com os procedimentos e os valores praticados em tabelas próprias do Sistema IPASGO Saúde.”

Por sua vez, Decreto-Lei nº 7.595/2012 tratou de regulamentar a matéria da seguinte forma:



Art. 5º **Nos casos de urgência ou emergência, comprovados por meio de exames, laudos e justificativas do médico assistente encaminhados ao médico auditor do Instituto, poderá ser autorizado atendimento restrito ao evento que der causa ao pedido**, devendo ser observado, quanto a outros procedimentos, o cumprimento regular do restante do período de carência a que ainda estiver sujeito o usuário, nos termos do art. 47 da Lei n. 17.477/11, e, ainda, o seguinte:

(...)

Parágrafo único. Nos termos dos procedimentos de que trata este artigo considera-se que:

I - urgência é o evento resultante de acidente pessoal ou complicação no processo da gestação;

II - **emergência é o evento que implica risco imediato à vida ou lesão irreparável para o paciente, assim caracterizados em declaração do médico assistente.**” (grifei)

Nesse sentido, percebe-se que, tratando-se de situação emergencial o caso em tela, cabível é o ressarcimento ante a previsão legal, eis não haver dúvidas quanto à necessidade do tratamento conforme atestado em relatório médico juntado aos autos (anexo da exordial).

Todavia, tais despesas não devem se submeter à limitação do montante dos valores previstos em tabela de preços estabelecida pelo IPASGO, eis que houve negativa indevida da cobertura por parte do apelante, o que enseja o reembolso integral das despesas efetuadas pela parte recorrida. É o entendimento deste Tribunal:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO ANTIGO SEM ADAPTAÇÃO. APLICAÇÃO DO CDC. INTERNAÇÃO EM UTI. LIMITAÇÃO. CLÁUSULA ABUSIVA. SUMULA 302 STJ. REPARAÇÃO INTEGRAL. PEDIDOS EM CONTRARRAZÕES. NÃO CONHECIDOS. HONORÁRIOS RECURSAIS. 1. *Omissis*. 2. **Em homenagem ao princípio da reparação integral (art. 6º, inciso VI, do CDC), o pagamento do tratamento que foi indevidamente negado ao segurado deve ser feito nos exatos valores, que no caso, deveriam ter sido despendidos, e não pela tabela de preços de serviços da operadora.** 3. *Omissis*. 4. Verificada sucumbência recursal, cabível a majoração dos honorários advocatícios em favor do patrono da parte adversa. 5. APELAÇÃO CIVEL CONHECIDA E DESPROVIDA.” (TJGO, Apelação (CPC) 0029328-34.2016.8.09.0051, Rel. GUILHERME GUTEMBERG ISAC PINTO, 5ª Câmara Cível, julgado em 22/11/2019, DJe de 22/11/2019) (grifei)

Portanto, não há dúvida que a recusa por parte do apelante em fornecer o tratamento médico solicitado pelos recorridos e prescrito por profissional médico especialista na área foi ilegítima, razão pela qual cabe a condenação do IPASGO no ressarcimento das despesas médicas despendidas pela apelada no exato limite do que foi por ele pago, não havendo falar, neste ponto, em reparo da sentença hostilizada.



**No ponto relativo ao índice de correção monetária adotado, mister dar parcial provimento ao apelo**, posto que, diversamente do indicado na sentença, por se tratar de condenação não tributária contra a Fazenda Pública, **o valor a ser ressarcido deve ser atualizado monetariamente pelo IPCA-E.**

Por sua vez, a com relação aos juros de mora, verifico que a sentença também está a merecer reparo, o que faço de ofício, por se tratar de matéria de ordem pública. Assim, os juros moratórios incidentes sobre o valor a ser restituído deve obedecer a remuneração da caderneta de poupança.

Acerca do tema:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. RESTITUIÇÃO DE QUANTIAS PAGAS. PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DO CDC. SITUAÇÃO EMERGENCIAL. RESTITUIÇÃO. POSSIBILIDADE. INVERSÃO DOS ÔNUS SUCUMBENCIAIS. HONORÁRIOS. SENTENÇA ILÍQUIDA. 1. *Omissis*. 2. *Omissis*. 3. *Omissis*. 4. *Omissis*. 5. *Omissis*. **6. Sobre a condenação de restituição dos valores despendidos, devem incidir correção monetária pelo IPCA-E, desde o desembolso, e juros de mora segundo a remuneração da caderneta de poupança, desde a citação.** 7. *Omissis*. 8. *Omissis*. APELAÇÃO CONHECIDA E PROVIDA. SENTENÇA REFORMADA.” (TJGO, Apelação Cível 5474372-86.2017.8.09.0051, Rel. Des(a). SEBASTIÃO LUIZ FLEURY, 3ª Câmara Cível, julgado em 10/02/2021, DJe de 10/02/2021) Negritei

Ante o exposto, **conheço da apelação cível e lhe dou parcial provimento para, reformando em parte** a sentença, determinar que o valor a ser ressarcido deve ser atualizado monetariamente pelo IPCA-E. Lado outro, **de ofício**, modifico parcialmente o ato recorrido para que os juros moratórios incidentes sobre o valor a ser restituído obedeça a remuneração da caderneta de poupança.

Ante o parcial provimento do apelo, deixo de majorar a verba honorária anteriormente fixada.

**É o voto.**

Goiânia, 23 de agosto de 2021



**Sérgio Mendonça de Araújo**  
**Juiz de Direito Substituto em 2º Grau**

21



Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Documento Assinado e Publicado Digitalmente em 30/08/2021 16:09:54

Assinado por SERGIO MENDONCA DE ARAUJO

Localizar pelo código: 109687685432563873265765678, no endereço: <https://projudi.tjgo.jus.br/p>