



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000279908**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1048575-76.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, é apelado KARLA REGINA DUARTE RUIZ.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento ao recurso. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores LIA PORTO (Presidente) E JOSÉ RUBENS QUEIROZ GOMES.

São Paulo, 24 de março de 2025.

**FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI**

**RELATOR**

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº **1048575-76.2024.8.26.0100**

Relator: **FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI**

Órgão Julgador: **7ª Câmara de Direito Privado**

Comarca: **São Paulo / 36ª Vara Cível do Foro Central Cível**

Juiz(a): **Fernanda Yamakado Nara**

Apelante(s): **Notre Dame Intermédica Saúde S/A**

Apelado(s): **Karla Regina Duarte Ruiz**

**Voto nº 9318**

**APELAÇÃO CÍVEL** – Plano de Saúde – Obrigação de fazer – Beneficiária diagnosticada com lesão parcial do manguito necessitando de cirurgia no ombro esquerdo – Recusa da operadora fundada em cláusula de cobertura parcial temporária (CPT) – Pedido procedente com determinação de custeio do procedimento em rede credenciada ou, havendo escolha de prestador, mediante reembolso nos limites do contrato – Irresignação da ré – Nulidade da sentença por falta de fundamentação – Ausência de violação ao art. 489 do CPC – Decisão suficientemente fundamentada, na medida em que repele a tese defensiva, ao reconhecer que não havia a alegada doença preexistente – Preliminar rejeitada – Mérito – Alegação de equívoco na sentença entre carência e cobertura parcial temporária – Necessidade de cumprimento de prazo de 24 meses para a CPT – Não acolhimento – Autora aderiu ao plano de saúde antes da realização dos exames que detectaram a sua doença, além disso declarou a doença que sabia ser portadora no preenchimento da declaração de saúde – Assinatura de termo de comunicação referente à retificação da declaração de saúde meses após a contratação que não comprova a prévia ciência da autora a respeito do mal que lhe atingiu – Resolução Normativa 558/22 da ANS – Conceito de doença ou lesão preexistente – Súmula 609 do C. STJ – Súmula 105 deste Egrégio Sodalício –

Cirurgia eletiva – Pedido de agendamento do procedimento em data posterior ao prazo de carência de seis meses – Cobertura assistencial que era obrigatória posto que transcorrido o prazo de carência único aplicável por ocasião do ajuizamento – Recusa abusiva – Sentença mantida – **RECURSO DESPROVIDO.**

**Vistos.**

1. Trata-se de apelação interposta contra r. sentença (**p. 202/204**), cujo relatório se adota, que julgou procedente pedido formulado por **KARLA REGINA DUARTE RUIZ**, em ação de obrigação de fazer, ajuizada contra **NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S/A**.

Apela a parte **requerida** alegando nas suas razões (**p. 207/220**), em resumo que: **a)** houve nulidade da r. sentença, por ausência de fundamentação, com violação ao art. 93, inciso IX, da constituição federal e art. 489, § 1º, do Código de Processo Civil, uma vez que a sentença limitou-se a abordar a questão sob o prisma da carência contratual, sendo omissa em enfrentar adequadamente o fundamento da cobertura parcial temporária (CPT), que impede a correta compreensão do litígio; **b)** a r. sentença incorre em erro ao utilizar de maneira inadequada a argumentação sobre carência contratual, desconsiderando a distinção entre carência e a Cobertura Parcial Temporária; **c)** a recusa da operadora foi lastreada na existência de Cobertura Parcial Temporária devidamente embasada na declaração de doenças e lesões preexistentes feita pelo ora apelado no momento da adesão ao plano; **d)** não há qualquer fundamento para a condenação por danos morais, uma vez que a ora apelante agiu dentro dos limites da legalidade e contratualidade.

Recurso tempestivo, com preparo (**p. 221/223 e p.**

245/246) e respondido (p. 227/237).

**Não** há oposição ao julgamento virtual.

**É o relatório.**

2. O dispositivo da r. sentença assim consignou:

Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido (487, I, CPC), e o faço para **condenar a ré a proceder à cobertura do tratamento prescrito para a autora (fls. 25/32)**, a ser realizado na rede credenciada. Caso opte pela realização fora da rede credenciada, o custeio será por meio de reembolso, observados os limites contratuais. Prazo de 10 dias a contar do trânsito em julgado, pois, inexistindo urgência, não se justifica a concessão de antecipação de tutela. Multa pelo descumprimento será, se o caso, oportunamente fixada.

Sucumbente, arcará a ré com o pagamento das custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios da parte adversa, que fixo em 15% do valor dado à causa. **(p. 204)**.

Colhe-se dos autos que a ora apelada, beneficiária do seguro saúde fornecido pela apelante desde 01 de maio de 2023 **(p. 19)**, após passar em consulta médica no mês de julho de 2023 sentindo dores no ombro, foi diagnosticada com “lesão parcial do manguito” esquerdo, aos 05 de agosto do mesmo ano **(p. 24)** e submetida a tratamento com fisioterapia, porém sem efeito, sendo-lhe então

prescrita a realização de tratamento cirúrgico, com solicitação de agendamento para o dia 22 de novembro de 2023 (p. 31/32).

Entretanto, a cobertura do procedimento restou negada pela ré, após a ora apelada, instada pela operadora, ter assinado “Termo de Comunicação” referente à retificação da declaração de saúde (p. 37/42), sob o argumento de se tratar de doença preexistente, de modo que haveria de ser respeitado o período de cobertura parcial temporária – CPT de 24 (vinte e quatro) meses (p. 44/45).

Pois bem.

**2.1** A preliminar de nulidade da sentença por deficiência de fundamentação ao nosso ver não comporta acolhimento.

Segundo a peça recursal a r. sentença hostilizada não teria enfrentado adequadamente o fundamento defensivo da cobertura parcial temporária (CPT), que constitui óbice ao custeio do procedimento cirúrgico pretendido pela ora apelada.

Entretanto a r. sentença repele a alegação defensiva ao reconhecer que não havia doença preexistente, uma vez que somente após a contratação do plano a beneficiária foi diagnosticada com a “lesão parcial do manguito”, não havendo prova de que a autora tivesse conhecimento dessa condição por ocasião da adesão o plano de saúde, sendo certo, ainda, que a assinatura de termo de retificação da declaração de saúde ocorrida após a constatação da doença não faz prova da prévia ciência da autora a respeito da doença não declarada na admissão ao plano.

Calha transcrever da r. sentença:

Com efeito, **toda a tese defensiva está amparada em um único documento**, qual seja um "termo de comunicação ao beneficiário" sobre supostas inconsistências na declaração de saúde preenchida no momento da contratação (fls. 181/186). **Ocorre que tal documento foi subscrito pela beneficiária somente em 23/10/2023**, isto é, **passados mais de 05 meses do início da vigência contratual**, e, de outro lado, observa-se que na declaração de saúde firmada pela autora antes da contratação, em 21/04/2023, **a beneficiária informou como doença pré-existente tão somente a otosclerose** (fls. 20/21).

Outrossim, a falta de manifestação expressa sobre algum dos argumentos trazido pela parte, não configura ausência de motivação.

Também não se faz necessário o exaurimento de todas as teses articuladas pelas partes, notadamente quando elas não são capazes de infirmar a conclusão adotada pelo julgador (art. 489, § 1º, inciso IV, do CPC), conforme entendimento jurisprudencial. Nesse sentido, cite-se por todos:

**"O julgador não está obrigado a responder a todas as questões suscitadas pelas partes, quando já tenha encontrado motivo suficiente para proferir a decisão. A prescrição trazida pelo art. 489 do CPC/2015 veio confirmar a jurisprudência já**

sedimentada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, **sendo dever do julgador apenas enfrentar as questões capazes de infirmar a conclusão adotada na decisão recorrida**" (EDcl no MS 21.315/DF, relatora Ministra Diva Malerbi (desembargadora Convocada TRF 3ª Região), Primeira Seção, julgado em 8/6/2016, DJe 15/6/2016).

No caso dos autos, somente depois de a sentença afastar a existência da doença ou lesão preexistente (DLP) e repelir a tese defensiva que poderia ser capaz de infirmar a conclusão adotada na sentença, com fundamento nas razões acima sintetizadas é que, em seguida, a decisão constatou a obrigatoriedade de cobertura da cirurgia, que era eletiva, uma vez que no ajuizamento da presente já havia transcorrido o prazo de carência contratual de seis meses para procedimentos eletivos, único aplicável no caso em exame (**p. 204**).

Portanto, ao nosso ver, no caso presente não há na r. sentença qualquer omissão na fundamentação, erro ou confusão entre cobertura parcial temporária e carência, assim como em relação aos seus requisitos, prazos respectivos e aplicação dos citados mecanismos reguladores.

Por estas razões a preliminar de nulidade da sentença não deve ser acolhida.

**2.2** Quanto ao mérito, o recurso, ao nosso ver, deve ser desprovido, embora combativas as razões do apelo.

Considera-se doença ou lesão preexistente **aquela que o beneficiário** ou seu representante legal **saiba ser portador ou**

**sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano** privado de assistência à saúde (art. 2º, I, da Resolução Normativa ANS nº 558, de 14 de dezembro de 2022).

A fraude, que justifica a recusa de cobertura pela operadora, **ocorre quando o segurado** contratante **não tenha revelado** na declaração de saúde a referida **doença ou lesão que era do seu conhecimento**.

Portanto, o critério estabelecido pela ANS é o conhecimento da doença pelo beneficiário ou seu representante e não o momento em que a doença se instalou no segurado dela acometido.

No caso dos autos, como bem observou a d. magistrada sentenciante, não restou demonstrado que a ora apelada tivesse conhecimento da lesão que a acometeu.

Isto porque os exames de imagem e o diagnóstico da doença (p. 22/23) são posteriores à admissão da segurada no plano, não havendo evidência de que a autora tivesse conhecimento da lesão ao aderir ao plano, ocasião em que relatou possuir somente doença do aparelho auditivo.

Além disso, “Termo de Comunicação ao Beneficiário” de p. 37, subscrito pela ora apelada em 23 de outubro de 2023, referente à retificação da declaração de saúde, não constitui prova da ciência do beneficiário quanto ao seu estado de saúde no momento da contratação do plano.

Nesse cenário, não há falar em fraude, sendo ademais indevida a negativa de cobertura por motivo de cumprimento de prazo de cobertura parcial temporária, nos termos da Súmula 609 do Colendo

Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual: “**a recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve** a exigência de exames médicos prévios à contratação ou **a demonstração de má-fé do segurado**. (SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018).

No mesmo sentido a Súmula 105 deste Egrégio Sodalício, segundo a qual: “**não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional.**”

Considerando que foi solicitado o agendamento da pretendida cirurgia eletiva para o dia 22 de novembro de 2023, passados mais de 6 (seis) meses da contratação do plano de saúde, havia obrigatoriedade de fornecimento da cobertura assistencial pleiteada pela autora, o que restou corretamente deferido pela d. magistrada sentenciante.

Por derradeiro, registra-se não haver pedido, nem condenação ao pagamento de danos morais em virtude da recusa abusiva de cobertura.

Diante das razões acima expostas, ao nosso ver, o recurso não comporta provimento, **devendo ser mantida a r. sentença, por seus próprios e jurídicos fundamentos, que também adotamos como razões de decidir (art. 252, do RITJSP).**

Os demais argumentos trazidos pela apelante são incapazes, sequer em tese, de infirmar a conclusão adotada com fundamento nas razões acima expostas (art. 489, §1º, IV, CPC).

Ficam majorados para 17% sobre o valor da causa os

honorários devidos ao patrono da parte autora, em conformidade com o disposto no parágrafo 11, do artigo 85, do Código de Processo Civil.

Considera-se prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS 18205 / SP, Ministro FÉLIX FISCHER, DJ 08.05.2006 p. 240), aliado ao que dispõe o artigo 1.025 do Código de Processo Civil.

3. Ante o exposto e por tudo mais que dos autos consta, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, nos termos da fundamentação.

**FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI**  
**RELATOR**