



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000286084

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1034286-15.2022.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante ELIZIANE MOREIRA DE LIMA, são apelados CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e FIX TECNOLOGIA E SERVIÇOS SA.

ACORDAM, em 3ª 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(a), que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores JOÃO PAZINE NETO (Presidente) E MÁRIO CHIUUVITE JÚNIOR.

São Paulo, 25 de março de 2025.

VIVIANI NICOLAU
Relator
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº : 47730
APELAÇÃO Nº : 1034286-15.2022.8.26.0002
COMARCA : SÃO PAULO
APTE. : ELIZIANE MOREIRA DE LIMA
APDAS. : CENTRAL NACIONAL UNIMED –
COOPERATIVA CENTRAL e FIX
TECNOLOGIA E SERVIÇOS S/A
JUÍZA SENTENCIANTE: MÁRCIA BLANES

“APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA EM DECORRÊNCIA DE CARÊNCIA CONTRATUAL. Ação declaratória de nulidade de cláusula contratual c/c indenização por danos materiais e morais. Demanda ajuizada pela beneficiária em face da empresa estipulante do plano de saúde coletivo e da Unimed. Sentença de improcedência. Recurso interposto pela autora. DIALETICIDADE RECURSAL. Preliminar suscitada pela corré Unimed em contrarrazões, não acolhida. Argumentação articulada pela autora que é suficiente e direcionada a impugnar os fundamentos da decisão recorrida. MÉRITO. Não acolhimento. Ausente comprovação mínima de que as rés tenham informado de forma equivocada sobre a ausência de carência na portabilidade do plano de saúde. Autora que não impugnou a falta de cumprimento dos requisitos legais para a portabilidade sem prazo de carência, conforme disposto no art. 3º, inciso III, alínea 'a', da Resolução 438/2018 da ANS. Não configurada ilegalidade na exigência de cumprimento de novo período de carência a partir da inclusão da autora no plano de saúde da corré Unimed. Internação hospitalar e realização de exame de ultrassom que não ocorreram em situação de urgência e/ou emergência, a fim de isentar a carência contratual, conforme o art. 12, inciso V, alínea 'c' da Lei 9.656/98. Parto a termo, por sua vez, que além de não contar com negativa expressa de cobertura por carência contratual, também não foi comprovado que tenha ocorrido em regime de urgência. Danos morais não configurados. Improcedência que era mesmo de rigor. Sentença preservada. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO.” (v. 47730).

ELIZIANE MOREIRA DE LIMA
ajuizou a presente *ação declaratória de nulidade de cláusula*

contratual c/c indenização por danos materiais e morais em face de **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL e FIX TECNOLOGIA E SERVIÇOS S/A**, cuja r. sentença prolatada em **07/08/2024**, julgou **improcedentes** os pedidos iniciais (fls. 749/754).

Em face da sucumbência, a autora foi condenada ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa, ressalvada a gratuidade.

Apela a **AUTORA**, sustentando, em síntese, que: **(i)** seu companheiro assinou o termo de responsabilidade do contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares em estado de perigo, com a finalidade de salvar a vida da apelante, acreditando que o plano de saúde cobriria as despesas; **(ii)** o hospital informou, na ocasião, que o procedimento era padrão e que, ao final, os custos seriam arcados pela Unimed, por se tratar de atendimento emergencial; **(iii)** eventual dúvida sobre a situação deve ser resolvida em favor do segurado, conforme prevê o CDC; **(iv)** além das despesas com a internação de emergência entre os dias 11/03/2022 e 15/03/2022, os custos com o parto realizado em 11/10/2022 foram inteiramente custeados pela apelante, já que a Unimed negou o atendimento; **(v)** conforme a Lei dos Planos de Saúde, a carência para cobertura em casos de emergência não pode ultrapassar 24 horas; **(vi)** a negativa de cobertura resultou em prejuízo total de R\$ 25.878,00; **(vii)** ambos os réus asseguraram à apelante que não seria exigido prazo de carência no plano de saúde; **(viii)** aderiu ao plano da Unimed com a promessa de que não haveria carência; **(ix)** os réus não apresentaram documentos que comprovassem a existência de carência no momento da adesão ao plano, sendo essa uma obrigação da empresa estipulante corrê; **(x)** a negativa de cobertura causou dano moral à apelante; **(xi)** ao procurar informações sobre a possibilidade de portabilidade de carência, foi orientada a tratar da questão com a empregadora estipulante, a qual a teria informado que o plano não teria carência; **(xii)** além dos baixos índices de potássio, o

laudo médico indicou quadro de hiperemese, com enjoos e vômitos intensos, o que exigia internação. Ao final, requer a reforma da sentença, com a procedência dos pedidos iniciais (fls. 219/231). O recurso é tempestivo e dispensado o preparo, em razão da gratuidade de justiça concedida.

As contrarrazões foram apresentadas (fls. 779/799 e 800/827). **Prevenção** pelos processos nº 2145289-61.2022.8.26.0000 e 2187023-89.2022.8.26.0000.

Registrada **oposição** ao julgamento virtual, por parte da apelada **CENTRAL NACIONAL UNIMED** (fls. 831).

É O RELATÓRIO.

Breve síntese.

A r. sentença, cujo relatório se adota, bem sumarizou os principais fatos e fundamentos jurídicos que dão amparo ao pedido inicial:

“Trata-se de ação proposta por Eliziane Moreira de Lima em face de Central Nacional Unimed – Cooperativa Central e Fix Tecnologia e Serviços S/A. Narra que era beneficiária do plano SMART 500 da NotreDame Intermédica, em que não precisava cumprir carência para qualquer atendimento. Ao ser empregada pela Fix Tecnologia e Serviços S/A, em 30/08/21, teria sido orientada pela empregadora a migrar para seu plano coletivo com a Unimed. Após muita insistência, em dezembro de 2021 a autora decidiu aderir ao plano NAO8 MASTER, com a promessa de que não precisaria cumprir período de carência. Diz que em 17/01/22 cancelou seu plano com a NotreDame. Em 11/03/22 passou mal e necessitou de atendimento de urgência, porém teve sua internação negada pela Unimed, pelo que seu companheiro foi obrigado a assinar um contrato de responsabilidade sobre os R\$ 6.057,30 pela internação. Em contato administrativo com a operadora, foi informada que a negativa foi equivocada porque desde outubro de 2021 aos empregados da Fix Tecnologia não era exigida mais carência. Reclama ainda que todos os atendimentos médicos em clínicas conveniadas, por médicos particulares e até

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

exames em laboratórios requeridos pela autora e seus dependentes tem sido reiteradamente negados pela operadora do plano de saúde. Assim, pretende liminarmente que a Central Unimed deixe de exigir carência aos atendimentos requeridos pela autora e seus dependentes e que seja suspensa a exigibilidade das despesas com internação pelo Hospital e Maternidade Santa Joana S/A, atualmente em R\$ 8.904,23. Ao final, pretende o afastamento da carência e que as requeridas sejam condenadas a pagar pelas despesas de internação do período de 11 a 15/03/22 ou restituir os valores que forem eventualmente pagos, além de indenizá-la moralmente em R\$ 20.000,00.

Pela decisão de fls. 102-103 foi indeferida a gratuidade de justiça e determinada a exclusão da empregadora, Fix Tecnologia e Serviço S/A, do polo passivo.

Pelo acórdão de fls. 138-147 foi deferida a gratuidade de justiça e determinada a manutenção da empregadora no polo passivo.

A requerida Central Nacional Unimed apresentou contestação às fls. 148-177. Afirma que a inclusão da autora no plano se deu em 10/01/22, pelo que é aplicável o período de carência de 180 dias para internação, conforme art. 12 da Lei 9.656/98. Refere que o contrato aderido previa os períodos de carência e, não cumprido, as despesas correm por conta do paciente. Defende que para atendimento de urgência, sem cumprimento do período de carência, somente é obrigatória a cobertura das 12 primeiras horas, conforme Resolução CONSU nº 13, salvo acidente pessoal. Em razão, a negativa de cobertura seria lícita. Por fim, afirma que o cumprimento de carência em plano anterior com a NotreDame não aproveita a autora. Protesta pelo julgamento de improcedência.

A requerida Fix Tecnologia e Serviços S/A ofertou sua defesa às fls. 690-709. Argui sua ilegitimidade passiva, uma vez que não possui gerência sobre a cobertura do plano de saúde. No mérito, sustenta que na autora não comprova os fatos que alega e que foi sua a opção de aderir ao contrato com a Unimed, de modo que deve respeitar os termos do pactuado. Assevera que não há dano moral a reparar e, ao final, pugna pela improcedência dos pedidos

iniciais.

Réplica às fls. 723-748, em que a autora afirma que sua internação era de urgência, pelos baixos índices de potássio em seu corpo, e reitera os argumentos iniciais.”

Acrescenta-se ao relatório da sentença que, às fls. 511/530, a autora apresentou pedido e documentos novos, relativos à realização de parto cujas despesas também teriam sido por ela custeadas, sob o fundamento de suposta negativa de cobertura pela corre UNIMED, em razão de carência. Também postulou a restituição dessas despesas.

Conforme relatado, a r. sentença julgou improcedentes os pedidos iniciais. Nesta oportunidade, a autora busca sua reforma.

Das preliminares.

Preliminarmente, a corre **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL** alega em contrarrazões que não houve impugnação específica aos fundamentos da decisão recorrida, em inobservância ao princípio da **dialeticidade recursal** (fls. 781/784).

Não se descarta que o recurso de apelação deve conter os elementos de razão pelos quais entende o recorrente deva ser reformado o julgado, estabelecendo relação dialética que esclareça os equívocos cometidos pela sentença de primeiro grau. Nesse sentido:

“As razões do recurso apelatório são deduzidas a partir do provimento judicial recorrido, e devem profligar os argumentos deste, insubstituíveis (as razões) pela simples referência a atos processuais anteriores, quando a sentença inexistia, ainda. Impende, ademais, que o Tribunal "ad quem", pelos fundamentos, se aperceba, desde

logo, de quais as razões efetivamente postas, pelo apelante, acerca de novo julgamento que lhe seja mais favorável” (RSTJ 54/192).

Por outro lado, há a ressalva doutrinária de que, se “*a despeito da evidente repetição, as razões se mostram atuais e pertinentes, como sói acontecer nas causas idênticas e envolvendo questões de direito, então o recurso há de ser admitido*” (ARAKEN DE ASSIS, Manual dos Recursos, 5ª Ed., p. 222).

No caso em tela, a argumentação articulada pela autora é suficiente e direcionada a impugnar os fundamentos da decisão, motivo pelo qual deve ser tido por preenchido esse requisito de admissibilidade.

Do mérito.

No caso em análise, a autora aderiu ao plano de saúde coletivo empresarial da corré **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL**, estipulado pela empregadora corré **FIX TECNOLOGIA E SERVIÇOS S/A**, em 10/01/2022 (fls. 151), centrando-se a controvérsia na legalidade ou não do período de carência estabelecido e nos deveres daí decorrentes, em razão de atendimentos médicos aos quais a autora foi submetida.

Inicialmente, consigna-se que a relação estabelecida entre a autora e a UNIMED é tipicamente de consumo, de modo que a ela se aplicam não somente as disposições da Lei 9.656/98, mas também do CDC, conforme entendimento consolidado na Súmula 469 do C. STJ e na Súmula 100 deste Tribunal.

A natureza consumerista da relação,

no entanto, não exime a autora de comprovar minimamente as alegações deduzidas. Nesse sentido: AgInt no AgInt no AREsp n. 2.187.042/RJ, relator Ministro **Paulo Sérgio Domingues**, Primeira Turma, julgado em 12/8/2024, DJe de 19/8/2024.

Partindo dessa premissa, a autora, ao insistir na tese de que foi erroneamente informada pelas rés sobre a inexistência de carência ao migrar de plano, não apresentou provas mínimas para sustentar suas alegações.

Não há indícios de que tenha requerido a portabilidade e adotado as providências necessárias para tanto, já que, em sua petição inicial, limitou-se a afirmar que as rés a teriam contatado em todas as ocasiões, informando que não haveria carência (fls. 04), e agora afirma que *“procurou todas as informações, mas foi orientada a tratar o assunto com o estipulante, que era seu empregador”* (fls. 772).

Neste ponto, bem observou o Juízo sentenciante (fls. 750/752):

“Conquanto a autora defenda que “migrou” de plano de saúde, sua inicial é clara que não pediu nem procurou orientações à operadora de plano de saúde sobre a possibilidade de portabilidade da carência cumprida em seu contrato com a NotreDame.

A portabilidade de carências é regulamentada pela Resolução Normativa 438/2018 da ANS, que assim prevê:

Art. 3º Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

I - o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;

II - o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

III - o beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

IV - o plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

V - a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;

VI - caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

§ 1º O prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo não será exigível do recém-nascido, filho natural ou

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, na forma das alíneas "a" e "b" do inciso III do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

(...)

Art. 17. A portabilidade de carências deverá ser formalizada diretamente na operadora do plano de destino ou na administradora de benefícios responsável pelo plano de destino, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do beneficiário, estando a solicitação de portabilidade sujeita à recusa no prazo de 10 (dez) dias.

Parágrafo único. Caso o beneficiário não atenda aos requisitos previstos nesta Resolução, a operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências, desde que apresente a devida justificativa.

A requerente não demonstra que requereu a portabilidade, nem que satisfaz os pressupostos para tanto. Ao revés, a carta de permanência juntada às fls. 32 demonstra que o vínculo com a NotreDame Intermédica se deu de 20/07/20 até 17/01/22. Portanto, na data de sua inclusão no plano da Unimed (em 10/01/22), a autora não cumpria o requisito mínimo de 2 anos no plano de origem previsto no art. 3º, III, a, da Resolução 438/2018 da ANS.

Em razão, a exigência do cumprimento de novo período de carência é lícita.

Não convence o argumento da autora de que a empresa estipulante informou que não haveria novos prazos de carência. A autora não esclarece minimamente como teria sido fornecida tal informação, que aliás, é irrelevante, pois caberia a autora cuidar de sua situação

frente a operadora do plano de saúde. Cada beneficiário formaliza o seu próprio contrato ao aderir a um plano.”

Frise-se que a autora sequer impugnou, de forma específica, em suas razões recursais, o argumento adotado pelo Juízo sentenciante no sentido de que ela sequer cumpria os requisitos legais para a portabilidade sem prazo de carências, conforme estipulado no art. 3º, inciso III, alínea 'a', da Resolução 438/2018 da ANS.

Portanto, não se vislumbra qualquer ilegalidade na exigência do cumprimento de novo período de carência a partir da sua inclusão no plano de saúde coletivo da Unimed.

Por sua vez, verifica-se que, com a petição inicial, a autora requereu a restituição das despesas havidas com a internação ocorrida entre **12/03/2022 e 15/03/2022** (fls. 33, 50/54, 56, 62 e 63), bem como com exame de ultrassom (fls. 57/61).

Quanto à **internação**, embora a guia de autorização tenha consignado a solicitação em regime de urgência (fls. 63), o prontuário médico registrou que a indicação foi apenas para “*medicação sintomática e controle laboratorial*” (fls. 94).

Nesse sentido, os documentos médicos relacionados demonstram que a autora se encontrava em bom estado físico geral, com todos os parâmetros dentro da normalidade, incluindo o exame físico obstétrico (fls. 93). Além disso, a prescrição de cloreto de potássio e os demais procedimentos foram classificados como “pouco urgentes” (fls. 96/99), não havendo, portanto, que se falar em ilicitude na negativa de cobertura, por não tratar da hipótese prevista no art. 12, inciso V, alínea 'c' da Lei 9.656/98.

O exame de ultrassom, por sua vez,

foi solicitado em **24/03/2022**, data distinta da internação e com expresso **caráter eletivo** (fls. 59/60), razão pela qual também não há que se falar em obrigatoriedade de cobertura, considerando que o plano de saúde estabelece carência de 180 dias para exames especiais (fls. 153), ainda não ultrapassado à época.

A questão referente às **despesas com o parto** foi apresentada apenas em réplica, após a contestação da corré Unimed (fls. 488/530). Embora tenha sido alegada como “fato novo”, a autora somente poderia aditar ou alterar o pedido, independentemente de consentimento da parte ré, até a citação (art. 329, inciso I, do CPC).

Mesmo assim, a questão foi debatida durante o processo, assegurado o contraditório (fls. 607/610), tendo o Juízo a quo abordado o tema em sentença (fls. 753/754), afastando a pretensão autoral.

Neste ponto, a sentença também é mantida, embora com fundamentação diversa, visto que a autora, na realidade, buscava a condenação da parte ré ao pagamento das despesas havidas com o Hospital e Maternidade Santa Maria, não havendo discussão quanto à exigibilidade da cobrança em si.

Apesar de a autora insistir na tese de que deveria ser ressarcida por essas despesas, não apresentou qualquer documentação que comprovasse a negativa de cobertura do parto por parte da ré, com base no argumento de carência contratual.

De todo modo, o prazo de carência para o parto a termo possui respaldo legal, conforme o art. 12, inciso V, alínea 'a', da Lei 9.656/1998. No contrato firmado entre as partes, esse prazo é de 300 dias (fls. 153), prazo este que não havia sido ultrapassado no momento do parto.

Embora se alegue urgência no procedimento, não foi apresentada qualquer documentação que comprovasse essa alegação, valendo destacar a informação constante no documento de fls. 513/514, que especifica que “*este Plano Maternidade destina-se exclusivamente às pacientes com gestação única e de baixo risco que estejam em carência ou não possuem convênio médico.*”.

Dessa forma, não há que se falar em condenação das rés ao ressarcimento de qualquer das despesas médicas discutidas nesta demanda.

Por fim, não configurada conduta abusiva pela parte ré, resta prejudicado o pedido de condenação a título de dano moral.

Conclusão.

Em conclusão, a r. sentença é preservada.

Os honorários advocatícios por ela arbitrados são majorados para 15% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, §§2º e 11 do CPC, ressalvada a gratuidade.

Por derradeiro, para evitar a costumeira oposição de embargos declaratórios voltados ao prequestionamento, tenho por ventilados, neste grau de jurisdição, todos os dispositivos legais citados no recurso interposto. Vale lembrar que a função do julgador é decidir a lide e apontar, direta e objetivamente, os fundamentos que, para tal, lhe foram suficientes, não havendo necessidade de



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

apreciar todos os argumentos deduzidos pelas partes, um a um. Sobre o tema, confira-se a jurisprudência (STJ, EDcl no REsp nº 497.941/RS, Rel. Min. **Franciulli Netto**, publicado em 05/05/2004; STJ, EDcl no AgRg no Ag nº 522.074/RJ, Rel. Min. **Denise Arruda**, publicado em 25/10/2004).

Ante o exposto, **NEGA-SE**
PROVIMENTO AO RECURSO.

VIVIANI NICOLAU
Relator