



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000303438

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1029772-75.2023.8.26.0554, da Comarca de Santo André, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é apelado EVANI DORTA NOVO PEREIRA,.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª 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 ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 28 de março de 2025.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Comarca: Santo André

Apelação n. 1029772-75.2023.8.26.0554

Apelante: CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL

Apelado: EVANI DORTA NOVO PEREIRA

Voto n. 12161

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame A autora, beneficiária de plano de saúde coletivo, teve seu contrato rescindido unilateralmente pela operadora, que negou autorização para cirurgia previamente agendada, alegando extinção do vínculo contratual. A autora buscou a condenação da ré ao restabelecimento do plano de saúde e ao pagamento de indenização por danos morais. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em (i) a validade da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo e (ii) a negativa de cobertura para procedimento cirúrgico essencial. III. Razões de Decidir 3. A rescisão unilateral do plano de saúde não pode ocorrer de forma arbitrária, especialmente quando implica descontinuidade de tratamento essencial, violando o direito à saúde e o princípio da boa-fé contratual. 4. A negativa de cobertura para materiais essenciais ao procedimento cirúrgico, sem justificativa técnica idônea, caracteriza falha na prestação do serviço e conduta abusiva. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde deve assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos, mesmo após rescisão unilateral, até a efetiva alta médica. 2. A negativa de cobertura sem justificativa técnica idônea configura falha na prestação do serviço. Legislação Citada: CF/1988, art. 196; CPC/2015, art. 373, I, art. 1.012, § 3º; Lei 9656/98, art. 30; Lei 8078/90. Jurisprudência Citada: STJ, REsp nº 1.842.751 - RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão; TJSP, Apelação Cível 1086578-71.2022.8.26.0100, Rel. Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho; TJSP, Apelação Cível 1005673-16.2024.8.26.0066, Rel. Augusto Rezende; TJSP, Apelação Cível 1001723-10.2023.8.26.0009, Rel. Claudio Godoy.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto para impugnar a sentença de fls. 321/325, cujo relatório adoto, que julgou parcialmente procedente o pedido inicial, para, tornando definitiva a tutela de urgência, condenar a ré a garantir e custear a cirurgia referida na petição inicial, bem como a pagar à autora indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00.

Segundo a apelante-ré, a sentença merece ser

reformada, em síntese, alegando a inexistência de negativa indevida de cobertura para o procedimento cirúrgico, uma vez que o pedido médico se referia a procedimento e materiais de caráter eletivo, e não de urgência ou emergência, não havendo prova do fato constitutivo do direito, em afronta ao artigo 373, I, do CPC/2015. Sustenta, ainda, que a integralidade dos materiais solicitados seria desnecessária ao procedimento, sendo imprescindível a adequação ao parecer médico desempassador, conforme a Resolução Normativa 424/2017 da ANS. Aduz, por fim, que não houve defeito na prestação dos serviços, pois a rescisão contratual foi realizada em conformidade com as cláusulas pactuadas, com a devida notificação de distrato enviada regularmente, inexistindo, assim, qualquer conduta abusiva apta a gerar dano moral. Ressalta, inclusive, que a suspensão do cumprimento da sentença recorrida deve ser determinada até o pronunciamento definitivo da Egrégia Câmara (fls. 332/350).

Recurso tempestivo, preparado e com apresentação de contrarrazões às fls. 356/361.

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso comporta não provimento.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer para restabelecimento de plano de saúde c/c pedido de tutela de urgência c/c pedido de indenização por danos morais. A autora moveu a presente ação em face da operadora de saúde, alegando ser beneficiária de plano de saúde coletivo celebrado com a requerida, a qual rescindiu unilateralmente o contrato e negou autorização para a realização de cirurgia previamente agendada, sob o fundamento de extinção do vínculo contratual. Sustenta que tal conduta lhe causou danos morais, motivo pelo qual requereu a condenação da ré ao restabelecimento do plano de saúde para viabilizar a realização do procedimento cirúrgico, bem como ao pagamento de indenização pelos danos sofridos.

Deferida a tutela de urgência (fls. 129/130), a ré foi regularmente citada (fls. 133/134) e apresentou contestação (fls. 139/303), na qual defendeu a licitude de sua conduta e negou a obrigação de indenizar.

Sobreveio r. sentença, em que o Juízo a quo julgou parcialmente procedente o pedido, determinando que a ré custeie do tratamento da autora e a indenize pelos danos morais na quantia de R\$ 10.000,00.

Irresignada, a ré interpôs o presente recurso de apelação.

Pois bem.

A priori, conforme a legislação processual vigente, o pedido de concessão de efeito suspensivo à apelação ou de antecipação da tutela recursal deve ser formulado de maneira autônoma, nos termos do artigo 1.012, § 3º, do Código de Processo Civil. Dessa forma, caso a parte apelante tenha

interesse na obtenção da tutela jurisdicional pretendida, cabe a ela a adoção da medida processual adequada para esse fim.

Ao mérito.

No caso em análise, verifica-se que a autora era beneficiária de plano de saúde coletivo por adesão e apresentava quadro de cervicalgia com irradiação para membros superiores, com compressão radicular nos níveis C4-C5 e C5-C6, razão pela qual lhe foi prescrito, em 12 de junho de 2023, procedimento cirúrgico de descompressão medular, artrodose da coluna com instrumentação por segmento e microcirurgia para hérnia de disco cervical (fls. 22/23, 123).

O pedido inicial de autorização para o procedimento cirúrgico foi concedido pela operadora do plano, permitindo que a cirurgia fosse realizada. No entanto, o médico recusou-se a realizar o procedimento em razão da não aprovação dos materiais por ele indicados (fls. 23/67, 68/72 e 77/96). Posteriormente, a autora buscou um novo agendamento da cirurgia, desta vez para a data de 29 de setembro de 2023. Contudo, antes da realização do procedimento, seu contrato com a operadora foi encerrado em 24 de agosto de 2023, resultando na negativa de cobertura pela ré (fls. 97/103, 104, 105/107, 123 e 128).

Em relação à cobertura do procedimento, convém ter em mente qual a natureza dos serviços prestados pelos convênios médicos. O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e garante a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Pelo texto constitucional, todos deveriam ter acesso a um serviço de saúde digno e eficiente prestado pelo Estado. É fato notório que o texto não espelha a realidade e as pessoas acabaram se socorrendo nos últimos anos de empresas que prestam esse serviço, autorizadas pelo artigo 199 também da Carta Magna. Assim, não deve escapar a nossa reflexão que a assistência médica é direito constitucional do cidadão e não pode ser equiparada a uma prestação de serviço qualquer, embora prestada por empresas privadas que substituem a ação estatal.

Também não devemos perder de vista que desde 1990 vige entre nós o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8078/90) que estabelece garantias mínimas, principalmente nos casos de contratos de adesão.

Nesses termos, não se pode admitir o rompimento do contrato de prestação do serviço de saúde à autora, independentemente do cumprimento ou não dos requisitos legais previstos no artigo 30, da Lei 9656/98, sob pena de danos à sua incolumidade física.

Ainda que a operadora tenha alegado a regularidade da rescisão contratual, a rescisão de plano de saúde, ainda que coletivo, não pode ocorrer de forma arbitrária e sem respeito aos princípios da boa-fé, função social do contrato e direito à continuidade do tratamento médico.

Diante disso, o término de tais contratos deve observar parâmetros mínimos de razoabilidade e não pode resultar em descontinuidade abrupta de tratamento essencial. A operadora de plano de saúde não pode

rescindir unilateralmente o contrato quando a medida implicar descontinuidade de tratamento essencial, especialmente em casos que envolvem procedimentos previamente autorizados e de caráter urgente.

Na presente hipótese, a autora, diagnosticada com grave comprometimento da coluna cervical e necessidade comprovada de cirurgia, teve seu contrato rescindido após já ter iniciado o processo para a realização do procedimento, o que caracteriza violação ao direito à saúde e ao princípio da boa-fé contratual.

Nesse sentido:

“no caso de usuário internado ou submetido a tratamento garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física, o óbice à suspensão de cobertura ou à rescisão unilateral do plano de saúde prevalecerá independentemente do regime de sua contratação coletivo ou individual, devendo a operadora aguardar a efetiva alta médica para se desincumbir da obrigação de custear os cuidados assistenciais pertinentes” (RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.751 - RS (2019/0145595-3) RELATOR : MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO).

“Apelação. Plano de Saúde. Ação de obrigação de fazer. Sentença de improcedência. Inconformismo do autor. Cabimento. Manutenção de ex-empregado com fundamento no art. 30 da Lei 9.656/98. Autor em tratamento de fibrose pulmonar progressiva. A possibilidade de cancelamento do benefício não afasta a obrigação da operadora de manter a cobertura de tratamento de doença grave em curso de beneficiário, até que haja a alta médica. Respeito à função social do contrato e ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Tema 1082 do STJ. Sentença reformada. Recurso provido.” (TJSP; Apelação Cível 1086578-71.2022.8.26.0100; Relator: Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 11/06/2024).

A respeito, o Superior Tribunal de Justiça, em sede de julgamento de recurso repetitivo Tema 1082, firmou a seguinte tese:

“A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida”.

Somado a isso, a conduta da operadora do plano de saúde revela uma atuação contraditória e abusiva, caracterizando falha na prestação do serviço. Inicialmente, a ré autorizou a realização da cirurgia, o que demonstra o reconhecimento da necessidade médica do procedimento. No entanto, ao negar os materiais essenciais para a sua realização, inviabilizou o tratamento, levando a autora a buscar uma nova equipe médica e a reagendar a cirurgia.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa nº 424/2017, estabelece que as operadoras de

planos de saúde devem garantir cobertura aos procedimentos indicados pelo médico assistente, sendo vedada a negativa com base em critérios administrativos ou financeiros que prejudiquem a saúde do beneficiário. No caso concreto, não há nos autos qualquer justificativa técnica idônea que demonstre a desnecessidade dos materiais prescritos. Ao desconsiderar a recomendação médica sem apresentar um embasamento técnico legítimo, a operadora incorreu em conduta abusiva.

Além disso, mesmo após o reagendamento do procedimento com outro profissional, a autora teve a cobertura negada sob a justificativa de que seu contrato havia sido rescindido. Ocorre que essa rescisão ocorreu após a solicitação da cirurgia, em um momento no qual a beneficiária já se encontrava em situação de vulnerabilidade e necessitava do procedimento com urgência. Esse tipo de conduta configura clara ofensa ao princípio da boa-fé objetiva e ao direito à continuidade do tratamento médico.

Nesse contexto, a negativa de cobertura e a rescisão abrupta do contrato, sem considerar a urgência do procedimento e sem garantir a continuidade do tratamento, não apenas frustraram a legítima expectativa da beneficiária, como também agravaram seu estado de saúde, privando-a do acesso à cirurgia prescrita e retardando a sua recuperação.

Portanto, restam evidentes a falha na prestação do serviço e a prática abusiva da operadora do plano de saúde, condutas que ensejam a sua responsabilização.

Quanto aos danos morais, o contrato entabulado entre as partes visa salvaguardar bens jurídicos de elevada relevância, como a vida, a saúde e a dignidade da pessoa humana. Cumpre ressaltar que a requerente se encontrava com a saúde debilitada e detinha a legítima expectativa de realizar a intervenção cirúrgica o mais cedo possível para se livrar das dores físicas que vinha enfrentando.

No entanto, foi surpreendida com os sucessivos cancelamentos por parte da ré, que nada fez para amenizar os transtornos causados. É inequívoca a angústia e a aflição vivida pela requerente ao não saber quando a cirurgia seria efetivada. Por conseguinte, somada às dores físicas, a autora passou a experimentar sofrimento psíquico e emocional, restando configurados danos morais indenizáveis.

Para a fixação do *quantum debeatur*, são adotados alguns parâmetros, como o grau de culpa do ofensor, a extensão do prejuízo causado, bem como a capacidade econômica dos envolvidos. Em atenção aos referidos critérios, entendo que o montante fixado (R\$ 10.000,00) se mostra razoável e proporcional, compensando a requerente pelo dano sofrido, sem ensejar o seu enriquecimento ilícito, além de desestimular a repetição do ato lesivo pela requerida.

Assim já se manifestou esta Câmara, em casos análogos:

“A sentença, entendendo ter se configurado abalo moral indenizável, julgou procedente em parte o pleito para condenar a ré ao pagamento

de indenização à autora no valor R\$ 10.000,00. [...] Nítido que a negativa da cobertura devida, em momento de tamanha necessidade, só fez agravar ainda mais o quadro de abalo emocional da parte autora. Não se trata, pois, de simples aborrecimento ou mera discussão sobre inadimplemento contratual, mas sim conduta ilícita que causou à parte agredida sofrimento substancial, que se traduz em dano moral indenizável, a teor mesmo do que deflui da previsão dos artigos 186 e 927 do Código Civil. [...] O dano moral, em hipóteses como a dos autos, configura “in re ipsa”, derivando inexoravelmente da própria conduta ilícita, de tal modo que, provada a ofensa a direito, tem-se por demonstrado o dano moral. À falta de critério legal objetivo para fixação da indenização, devem-se levar em consideração as condições econômicas das partes, as consequências do ato, a intensidade da culpa e a circunstância de haver ou não sido concedida, cumulativamente, indenização pelo dano patrimonial. No caso, considerados tais aspectos, entendo que a verba restou bem fixada, suficiente para atender à finalidade compensatória e dissuasória da condenação” (TJSP; Apelação Cível 1005673-16.2024.8.26.0066; Relator (a): Augusto Rezende; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Barretos - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/02/2025; Data de Registro: 25/02/2025).

*“Depois, em consequência da negativa indevida, claro também o abalo moral experimentado pela autora, aqui não olvidado que, ainda a tanto não se reduza, em sua mais ampla acepção (v.g. Anderson Shreiber, *Novos Paradigmas da Responsabilidade Civil*. São Paulo: Atlas, 2007. p. 118-119), para o caso em tela importa a compreensão do dano moral como qualquer violação a direitos que têm seu valor fonte na dignidade humana. Ou seja, os direitos chamados da personalidade. E porque objeto de especial proteção, tem-se que o dano já esteja na própria conduta de violação. Daí dizer-se que o dano moral seja ou esteja “in re ipsa”. [...] Com efeito, a autora, em momento de sintomas graves, se viu na contingência de ter indevidamente recusada a cobertura de internação que lhe foi indicada, em afronta a entendimento inclusive sumulado neste Tribunal. E, nem só, mas também aos termos do próprio contrato, uma vez constando do próprio atendimento prestado, de modo evidente, o caráter de urgência da internação. E vale não olvidar que este arbitramento cumpre um papel também profilático, de desestímulo ao ofensor, dissuasório de condutas ofensivas que se revistam de real gravidade, como na espécie ocorrido. [...] Destarte, feitas estas ponderações e consideradas as funções mencionadas do dano moral, bem como as circunstâncias subjetivas e objetivas do caso, entende-se de manter a condenação da ré ao pagamento da quantia de R\$10.000,00, tal como fixada na origem” (TJSP; Apelação Cível 1001723-10.2023.8.26.0009; Relator (a): Claudio Godoy; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional IX - Vila Prudente - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/02/2025; Data de Registro: 25/02/2025).*

Assim, a sentença recorrida não comporta reparo.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, imponho honorários sucumbenciais e recursais no importe de 15% sobre o valor atualizado dado à causa, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, além da responsabilidade pelas custas e despesas processuais. Anoto que os presentes honorários substituem aqueles que foram fixados em primeiro grau de jurisdição.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Posto isso, **nego provimento** ao recurso.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora