



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000311782

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1010225-04.2024.8.26.0008, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTOVÃO e ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTÓVÃO (HOSP MAT SAO CRISTOVAO), são apelados PEDRO HENRIQUE DE FARIAS MONTEIRO (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e ÂNGELA MARIA DE FARIAS (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 1) 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 TASSO DUARTE DE MELO (Presidente sem voto), MÁRCIA TESSITORE E GUILHERME SANTINI TEODORO.

São Paulo, 31 de março de 2025.

JOÃO BATTAUS NETO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1010225-04.2024.8.26.0008

Apelante: Associação de Beneficência e Filantropia São Cristovão e outro

Apelado: Pedro Henrique de Farias Monteiro e outro

Ação: Apelação Cível - Tratamento Médico-hospitalar com Revisão

Origem: Foro Regional VIII — Tatuapé — São Paulo (4ª Vara Cível)

Juiz de 1ª instância: Alberto Gibin Villela

Voto nº 3203

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – Ação de indenização por danos morais – Sentença de procedência.

RECURSO DA RÉ – Negativa de cobertura assistencial, sob a alegação de não cumprimento de período de carência contratual – Irrelevância – Situação de urgência/emergência experimentada pelo autor que afasta a exigência de cláusula contratual de carência – Observância ao período mínimo de 24 horas da data de contratação – Inteligência do art. 35-C, Lei 9.656/98 – Entendimento firmado por este E. TJSP (súmula 103) e pelo C. STJ (súmula 597) – Negativa de atendimento que se mostra abusiva.

DANOS MORAIS – Verificados – Recusa indevida da Operadora que causa aflição e angústia no beneficiário que precisa ser transferido para outro hospital para realizar a cirurgia de urgência – Valor fixado na origem que se mostra adequado e atende à dupla finalidade do instituto indenizatório - Sentença mantida – Recurso desprovido.

Cuida-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 336/340, cujo relatório se adota, que julgou procedente a demanda, para condenar o réu ao

pagamento de indenização por danos morais fixados em R\$ 10.000,00, além das custas processuais e honorários advocatícios, arbitrados em 10% do valor da condenação.

A ré busca a reforma do *decisum* monocrático, aduzindo, em síntese, que diante da existência de carência no caso sob exame, a negativa de cobertura foi realizada em conformidade à legislação e, portanto, não há que se falar em condenação ao pagamento de danos morais.

Tempestiva e preparada, vieram aos autos contrarrazões da parte autora (fls. 376/385).

O D. Ministério Público apresentou parecer as fls. 394/405, opinando pelo improvimento do recurso de apelação interposto.

É a síntese do necessário.

Entende-se que a r. sentença não comporta reforma.

Compulsando os autos, observa-se que a Operadora negou a continuidade de cobertura de internação de caráter urgente (fls. 72, 296) indispensável ao tratamento da relevante questão de saúde que acometeu o autor, ora apelado, razão pela qual foi ajuizada ação de indenização por danos morais, em virtude de urgente procedimento cirúrgico negado, sobrevindo, pois, a sentença de procedência, ora refutada.

Saliento, neste ponto, serem aplicáveis aos planos de saúde as normas do Código de Defesa do Consumidor, visto que tal entendimento restou pacificado na Súmula nº 608 do C. Superior Tribunal de Justiça, bem como da

Súmula nº 100 deste E. Tribunal, a seguir reproduzidas:

Súmula nº 608 do STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

Súmula nº 100 do TJSP: O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais.

Ato contínuo, não se nega a possibilidade de as operadoras de planos de saúde fixarem períodos de carência para cobertura assistencial, ante a previsão legal estampada no art. 12, V, Lei 9.656/98, desde que observado o “a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;”

No caso, observa-se que o autor contratou plano de saúde junto à ré no dia 01/12/2023. Ocorre, contudo, que antes de findado o prazo de carência exigido pela ré, o autor necessitou de internação de caráter urgente, tendo sido atestado em relatório médico de fls. 72 que dispõe: “*Solicitação de internação – Caráter da internação: Urgência. (...) Paciente com sinais clínicos, laboratoriais e USG sugestivos de apendicite, necessidade de internação para avaliação da cirurgia e conduta*”.

A dinâmica fática extraída dos autos revela que o autor, beneficiário de plano de saúde ativo e adimplente, necessitou de atendimento de urgência em hospital credenciado

junto à operadora de saúde ré, ante seu quadro clínico de apendicite, com necessidade de internação para avaliação da cirurgia.

Embora o pedido de internação e procedimentos tenham sido efetuados pelo autor quando pendente o cumprimento de período de carência contratual, de rigor o afastamento de tal exigência temporal, ante se tratar de situação de emergência, hipótese de cobertura obrigatória de atendimento pela ré.

Nesse sentido, previu o art. 35-C da Lei 9.656/98: *“É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; III - de planejamento familiar.”*

A previsão legislativa é ratificada por entendimentos sumulados por este E. TJSP e pelo C. STJ, *in verbis*:

“É abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98.” (Súmula 103, E. TJSP).

“A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o

prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação.” (Súmula 597, C. STJ)

Assim, ultrapassado o prazo mínimo de 24 horas da contratação realizada pelo autor, não se vislumbra justificativa para a negativa de atendimento pela parte ré.

Conforme bem pontuado na r. sentença: *“O resumo de alta de fls. 91 confirma que o autor foi submetido à apendicectomia na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 31 de março de 2024, em razão de apendicite aguda com abscesso peritonal - grau IV. Diante da situação de emergência descrita, é indubitável que, caso não seja tratada prontamente, a patologia do autor poderia levar a complicações sérias e até mesmo a óbito”.*

Conforme acertadamente entendido pelo juízo de origem, a recusa de cobertura foi deveras abusiva, dada a situação de urgência comprovadamente retratada nos documentos de fls. 56/96.

A propósito, o entendimento do C. STJ:

“Conforme a jurisprudência desta Corte, afigura-se abusiva a negativa, pelo plano de saúde, de fornecimento dos serviços de assistência médica nas situações de urgência ou emergência com base na cláusula de carência, caracterizando a indevida recusa de cobertura.” (AgInt no AgInt no AREsp 2174617/CE Rel. Min. MARCO AURÉLIO BELLIZZE 3ª Turma j. 13/02/2023 pub. DJe 16/02/2023)

Destarte, restou demonstrada a abusividade da negativa de cobertura manifestada pela ré, sendo

de rigor a manutenção da r. sentença. Cumpre salientar que em casos nos quais está em risco o bem maior que é a vida do beneficiário, não há de prevalecer qualquer cláusula contratual em seu detrimento.

À vista de tudo quanto exposto, não há mais discussão acerca da abusividade da conduta da ré.

Quanto à condenação ao pagamento de indenização a título de danos morais, embora em princípio a mera discussão sobre a cobertura ou não do contrato não seja suficiente para caracterizar a obrigação de indenizar o beneficiário por danos morais, esse dever pode surgir em momentos nos quais reste configurado o abuso de direito, caracterizando o pressuposto de ilicitude ensejador da reparação civil aquiliana.

Conforme sabido, o C. Superior Tribunal de Justiça tem se posicionado no sentido de ser devida indenização a título de danos morais, em casos de negativa de cobertura de procedimento, medicamento ou material necessário, que tenham por escopo assegurar o combate de enfermidades previstas no contrato do plano de saúde, diante do agravamento da situação de aflição e angústia do beneficiário, já fragilizado em razão de sua doença:

**PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO
NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE
SAÚDE. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE
MATERIAL PARA CIRURGIA DE URGÊNCIA.
ABUSIVIDADE. DANO MORAL. SÚMULA N. 83 DO
STJ. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-**

PROBATÓRIO DOS AUTOS. INADMISSIBILIDADE. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. Consoante entendimento jurisprudencial do STJ, "a recusa indevida e injustificada pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura necessária para tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja a reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia do beneficiário" (AgInt no REsp n. 1.973863/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe 16/03/2023). Precedentes. 2. A análise das razões apresentadas pela parte recorrente - quanto à inexistência de dano moral - exigiria o reexame da matéria fática, o que é vedado em sede de recurso especial (Súmula n. 7 do STJ). 3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.393.082/MG, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 18/12/2023, DJe de 20/12/2023.) (grifei)

Verifico que, diferentemente do afirmado pela ré, a recusa de cobertura foi de fato abusiva, tanto que devidamente comprovada a situação de emergência às fls. 72 e 296, na qual consta a solicitação de internação de caráter urgente declarado pela própria médica que atendeu o autor. Ademais, depreende-se dos autos que a parte autora somente foi submetida ao urgente procedimento cirúrgico (sem arcar com recursos próprios para a manutenção da internação no hospital da ré), por ter sido transferido de hospital.

À vista disso, não há que se falar em descabimento de pretensão indenizatória, porquanto não se

poder olvidar que a indevida negativa de cobertura por parte da Operadora é deveras ilícita. Logo, consubstancia-se em dano moral *in re ipsa*.

Quanto ao valor da indenização, cediço que, na fixação do dano moral, além do princípio da proporcionalidade, deve-se levar em conta as funções ressarcitória e punitiva da indenização. Na função ressarcitória, olha-se para a vítima, para a gravidade objetiva do dano que ela padeceu. Na função punitiva, ou de desestímulo do dano moral, olha-se para o agente lesante, de tal modo que a indenização represente advertência, sinal de que a sociedade não aceita tal comportamento. Da congruência entre as duas funções é que se extrai o valor da reparação.

Nestes termos, entendo razoável a manutenção do valor arbitrado na origem a título de indenização por danos morais, por atender aos critérios de proporcionalidade e razoabilidade.

Portanto, a r. sentença combatida não comporta reforma, devendo ser mantida por seus próprios fundamentos.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso da ré, majorando-se os honorários advocatícios em favor da parte autora para 15% do valor da condenação, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil.

JOÃO BATTAUS NETO
Relator