



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000320899

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1029797-98.2023.8.26.0001, da Comarca de São Paulo, em que é apelante UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, são apelados LUCILENE RODRIGUES (ESPÓLIO) e VINICIUS RODRIGUES SANVOZO (HERDEIRO).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente), MAURICIO VELHO E VITOR FREDERICO KÜMPFEL.

São Paulo, 31 de março de 2025.

CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

4ª Câmara de Direito Privado

Apelação Cível nº 1029797-98.2023.8.26.0001

Apelante: Unimed do Estado de São Paulo - Federação Estadual das Cooperativas Médicas

Apelados: Lucilene Rodrigues e Vinicius Rodrigues Sanvozo

Comarca: São Paulo

Juiz prolator: Maria Cecilia Monteiro Frazão

Natureza da Ação: Tratamento Médico-hospitalar

Voto nº 6010

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA CONTRATUAL. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. DOENÇA PREEXISTENTE. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

Recurso de apelação contra sentença que julgou procedente o pedido de obrigação de fazer, impondo à ré o custeio de quimioterapia ambulatorial de urgência e exame Pet-Scan, sob pena de multa diária. A ré foi condenada ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios. A ré alega licitude na recusa de cobertura devido ao período de carência contratual.

II. Questão em Discussão

A questão em discussão consiste na legalidade da recusa de cobertura integral pela ré do tratamento prescrito.

III. Razões de Decidir

A recusa de cobertura é considerada abusiva, dado o caráter de urgência do tratamento.

A jurisprudência do STJ (súmula 597) e deste E. Tribunal de Justiça (súmula 103) consideram abusiva a negativa de cobertura em situações de urgência, mesmo durante o período de carência.

Evidenciada, no caso, a gravidade da doença da autora e a urgência de iniciar a quimioterapia e realizar exame, sob pena de riscos à vida da autora.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura em situações de urgência é abusiva, mesmo durante o período de carência. 2. O contrato de plano de saúde deve respeitar a função social e os direitos do consumidor.

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Trata-se de recurso de apelação interposto em face da sentença de págs. 272/276, que julgou procedente o pedido, confirmando a tutela antecipada, para impor à ré obrigação de fazer, consistente no custeio da quimioterapia ambulatorial de urgência e o exame Pet-Scan, sob pena de multa diária de R\$ 2.000,00. Em razão da sucumbência, condenou a ré ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da causa.

Inconformada, insurge-se a ré, alegando, em síntese, a licitude da recusa de cobertura securitária em razão do período de carência previsto no contrato celebrado entre as partes. Afirmar que autora está com cobertura parcial temporária para doenças ou lesões preexistentes até 19/06/2025. Aduz que foi omitido pela autora o fato de que já estava acometida de neoplasia maligna do ovário. Com isso, pede a reforma da sentença para que o pedido seja julgado improcedente (págs. 279/298).

Contrarrazões (págs. 521/534).

Noticiado o óbito da autora (págs. 561/562), seu sucessor requereu a habilitação nos autos (págs. 565).

Tempestivo e preparado, recebo o recurso apenas no efeito devolutivo, nos termos do artigo 1.012, § 1º, V, do CPC.

Não consta oposição das partes ao julgamento virtual.

É o relatório.

À vista dos documentos de págs. 566/569 e não oposta



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

impugnação pela parte contrária (certidão de págs. 572), defere-se a habilitação de VÍNICIUS RODRIGUES SANZOVO, sucessor da finada autora, para que passe a constar no polo ativo da ação.

A despeito da morte da parte resultar, em tese, em superveniente prejuízo a pedido de obrigação de fazer, cumpre apreciar o mérito recursal. Com efeito, o falecimento da autora sucedeu-se à prolação da sentença e interposição do recurso, razão pela qual cabe analisar as obrigações que se estabeleceram entre as partes até a data do óbito, e que podem ter reflexos patrimoniais consequentes.

Não vinga o inconformismo da ré, devendo a sentença ser mantida por seus próprios fundamentos, adotados como razão de decidir.

A autora contratou plano de saúde com a ré em 25.05.2023, após ser cancelado plano de saúde anterior. Na ocasião, informou que, devido a neoplasia de ovário direito, já havia se submetido a tratamento e atualmente realizava quimioterapia de manutenção.

De fato, consoante se verifica do relatório médico, a autora teve diagnóstico de adenocarcinoma seroso de ovário de alto grau desde 2015. Realizou citorredução completa e quimioterapia. Em 2020, apresentou progressão peritoneal, sendo reexposta a platina, com resposta. Em maio de 2022 apresentou nova progressão e foi tratada, com resposta e controle da doença.

Em agosto de 2023, após cerca de dez meses do último tratamento, apresentou doença em atividade sintomática – em cúpula vaginal e peritoneo – com riscos à sua vida, sendo-lhe prescrito tratamento oncológico com urgência e solicitado exame para esclarecimento de diagnóstico (págs. 35/37).

Houve negativa de tratamento e do exame pela operadora de

PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

saúde, ao argumento de que a beneficiária está em cobertura parcial temporária – CPT para doença ou lesão preexistente (pág. 38).

Dado o caráter de urgência, a autora ajuizou esta ação de obrigação de fazer com pedido de antecipação de tutela, deferida pelo juízo, que determinou o custeio do tratamento (págs. 95/98).

Nesse cenário, indubitável, o integral tratamento se impunha, realmente, em caráter de urgência.

Cumpre salientar serem aplicáveis aos planos de saúde as normas do Código de Defesa do Consumidor.

Conforme escreve Cláudia Lima Marques:

“[...] apesar da L.9656/98, na sua versão atual, nominar os antigos contratos de seguro-saúde como planos privados de assistência à saúde, indiscutível que tanto os antigos contratos de seguro-saúde, os atuais planos de saúde, como os, também comuns, contratos de assistência médica possuem características e sobretudo uma finalidade em comum: o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde do consumidor e de sua família ou dependentes. Mencione-se, assim, com o eminente Professor e Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, que: 'Dúvida não pode haver quanto à aplicação do Código do Consumidor sobre os serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo, de prestação especializada em seguro-saúde. A forma jurídica que pode revestir esta categoria de serviço ao consumidor, portanto, não desqualifica a incidência do Código do Consumidor. O reconhecimento da aplicação do Código do Consumidor implica subordinar os contratos aos direitos básicos do consumidor, previstos no art. 6º do Código[...]'”¹.

Aliás, entendimento esse pacificado pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, ao editar a súmula nº 608: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os

¹ Contratos no Código de Defesa do Consumidor – 4ª ed. p.399

administrados por entidades de autogestão.”

O contrato não pode servir apenas aos interesses da recorrente, mas deve estar em conformidade com sua função social.

A esse respeito, valiosa a lição de Nelson Nery Júnior e de Rosa Maria de Andrade Nery²:

“O contrato estará conformado à sua função social quando as partes se pautarem pelos valores da socialidade (CF 3º, I) e da justiça social (CF 170 *caput*), da livre iniciativa, for respeitada a dignidade da pessoa humana (CF 1º, III), não se ferirem valores ambientais (CDC 51, XIV)”.

Em arremate³:

“O contrato tem de ser entendido não apenas como as pretensões individuais dos contratantes, mas como verdadeiro instrumento de convívio social e de preservação dos interesses da coletividade. Interessa a toda a sociedade, na medida em que os *standards* contratuais são paradigmáticos para outras situações assemelhadas. Tudo o que ocorre relativamente a um contrato terá, forçosamente, repercussão em outros casos que digam respeito ao mesmo tipo de contrato. Essa é apenas uma das conseqüências nova *socialidade* do contrato. Além de *útil*, o contrato tem de ser também *justo*”.

Na situação dos autos, a ré escusa sua negativa de cobertura integral do tratamento da autora em razão do plano contratado estar em período de carência, de 24 meses, com cobertura parcial temporária por doença preexistente.

Ocorre que, como consignado pelo juízo de primeiro grau, a recusa de cobertura foi abusiva, tendo em vista a situação de urgência, comprovada pelo relatório médico, em razão da gravidade da doença, atestando risco à vida da autora caso o tratamento não seja iniciado com

² - Código civil comentado – 5ª ed. – São Paulo – Revista dos Tribunais – 2007 – p. 477 – nota 11 ao art. 421.

³ - op. cit. p. 477.

urgência.

E tanto estava configurada a situação de urgência que, mesmo sendo submetida ao tratamento, a autora lamentavelmente sucumbiu dado ao avanço da doença.

Aplicável na hipótese, portanto, o enunciado da súmula 103 desta E. Corte e da súmula 597 do C. STJ, que assim dispõem:

“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.”

“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”.

A propósito do tema, entende o C. STJ que:

“A jurisprudência deste Sodalício orienta que a cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência, como no caso dos autos” (AgInt no AREsp 964858 / SP – Rel. Min. LÁZARO GUIMARÃES – 4ª Turma – j. 14/08/2018 – pub. DJe 23/08/2018).

“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 AREsp 2174617/CE – Rel. Min. MARCO AURÉLIO BELLIZZE – 3ª Turma – j. 13/02/2023 – pub. DJe 16/02/2023).

Nesse sentido, confira-se a jurisprudência desta Corte:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. DECLARAÇÃO DE SAÚDE PREENCHIDA QUANDO DA CONTRATAÇÃO. MÁ-FÉ DA BENEFICIÁRIA NÃO COMPROVADA. SÚMULA 609 DO C. STJ. DOENÇA QUE NÃO ERA PREEXISTENTE. COBERTURA DEVIDA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA EVIDENCIADA. CARÊNCIA QUE TERIA O PRAZO DE 24 HORAS. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO. 1. Não demonstrada a má-fé da beneficiária no preenchimento da "Declaração de Saúde" e ausente prova de que a doença que a acomete seja preexistente, não há fundamento para permitir a imposição de cobertura parcial temporária pela operadora. 2. De todo modo, configurada a situação de urgência, é inadmissível a negativa de cobertura do tratamento sob o fundamento de que a beneficiária está em período de Cobertura Parcial Temporária de 24 meses, pois, nesta hipótese, o prazo de carência é de 24 horas. Inteligência do artigo 12, V, c, da Lei 9.656/98 e da Súmula 103 deste Tribunal (TJSP; Apelação Cível 1032324-23.2022.8.26.0562; Relator (a): Maria do Carmo Honorio; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/01/2024; Data de Registro: 23/01/2024).

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Seguro Saúde – Recusa de cobertura - Carência contratual – Carcinoma ductal (CID 10 C 50.9) em estágio avançado Grau III – Ausência de evidências de conhecimento anterior à contratação do seguro - Caráter emergencial do tratamento – Prazo de carência afastado – Inteligência do art. 35-C da Lei n. 9.656/98 – Presença dos requisitos do art. 300 do CPC/2015 - Recurso provido (TJSP; Agravo de Instrumento 2000182-54.2020.8.26.0000; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 40ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/01/2020; Data de Registro: 12/03/2020)

Ora, prepondera o bem maior que é a vida da beneficiária, não cláusula contratual em detrimento do objeto contratado, que se destina a resguardar a vida e saúde do contratante.

Ademais, como pontuado pelo i. Des. Francisco Loureiro, nos autos do agravo de instrumento nº 2260938-45.2020.8.26.0000, e que

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

amolda exatamente ao caso em comento:

Nem se alegue que normas regulamentares da ANS, editadas em obediência ao comando do art. 35-C, parágrafo único, dão amparo à tese da recorrente e às próprias restrições das cláusulas contratuais.

A Resolução no. 13 do CONSU, em seu art. 1º, reza que a cobertura dos procedimentos de urgência “deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adstrito”.

A cobertura de internação somente estaria limitada ao período de vinte e quatro horas se o plano do autor fosse meramente ambulatorial.

Como, porém, o contrato é de plano ambulatorial e hospitalar (p. 31 dos autos principais), aplica-se o disposto no art. 3º. da citada Resolução 13 do CONSU, do seguinte teor: “Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e de emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções”.

Portanto, a abusividade da conduta da ré é inconteste.

Diante do exposto, NEGOU PROVIMENTO ao recurso e majorou os honorários advocatícios sucumbenciais para 15%, preservada a base de cálculo fixada na sentença.

CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA

Relator