



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000324591

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1016205-45.2021.8.26.0554, da Comarca de Santo André, em que são apelantes VITALLI COMÉRCIO DE QUEIJOS E BEBIDAS LTDA., MAYRA MIRANDA RODRIGUES e RAFAEL ADAS PEREIRA VITALE, é apelado AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A.

ACORDAM, em 9ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Conheceram em parte do recurso e, na parte conhecida, deram-lhe provimento. V.U. Sustentou oralmente a Dra. Lea Cíntia Thomaz de Assis Ferreira, OAB/SP 210.079.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente) E CÉSAR PEIXOTO.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

EDSON LUIZ DE QUEIROZ
RELATOR
Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Voto nº 42593

Apelação Cível nº 1016205-45.2021.8.26.0554

Apelantes: Vitalli Comércio de Queijos e Bebidas Ltda., Mayra Miranda Rodrigues e Rafael Adas Pereira Vitale

Apelado: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Comarca: Santo André

Juiz (a): Marcio Bonetti

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA. AÇÃO MOVIDA POR OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. ALEGAÇÃO DE FRAUDE NA CONTRATAÇÃO DO PLANO. DOENÇA PREEXISTENTE. CARTAS DE PERMANÊNCIA FALSAS.

Ação de cobrança movida por operadora de plano de saúde, alegando fraude na contratação por omissão de doença preexistente e apresentação de cartas de permanência falsas. Em primeiro grau, a demanda foi julgada procedente.

Pedido indenizatório embasado em duas práticas alegadamente ilícitas, mas a sentença reconheceu apenas uma delas: fraude na declaração de saúde. A ausência de recurso da autora estabiliza a questão da fraude nas cartas de permanência.

A questão em discussão consiste em determinar se houve má-fé dos réus na omissão de doença preexistente e na apresentação de cartas de permanência falsas.

A presunção de boa-fé é princípio geral e só pode ser afastada mediante prova de ciência inequívoca do diagnóstico.

Declaração de saúde tem caráter personalíssimo. Ilegitimidade passiva dos demais réus para responder por eventuais inconsistências do declarante.

A presunção de boa-fé do réu não foi afastada, pois não há prova de ciência inequívoca do diagnóstico de doença preexistente antes da contratação do plano de saúde. A realização do exame não se confunde com o efetivo diagnóstico. Em princípio, apenas o médico tem condições de analisar as informações e promover diagnóstico. O ordinário se presume, o extraordinário requer prova. Demais documentos trazem verossimilhança às alegações do réu.

A alegação de fraude nas cartas de permanência não foi conhecida, pois o interesse recursal era exclusivamente da autora, que não interpôs recurso.

Recurso conhecido em parte e, na parte conhecida, provido para declarar a ilegitimidade passiva de Vitalli Comércio de Queijos e Bebidas Ltda. e Mayra na demanda fundada em

fraude na declaração de saúde e julgar improcedente a demanda, condenando-se a autora ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios fixados em 15% do valor atualizado da causa.

Legislação Citada:

Código de Processo Civil, art. 487, I; art. 508.

Lei 9656/98, art. 11.

Resolução 162 da ANS.

RN 558/22 da ANS.

Jurisprudência Citada:

STJ, Súmula 609.

TJSP, Súmula 105.

STJ, tema repetitivo 243, REsp 956943/PR.

Vistos.

Trata-se de ação de cobrança movida por Amil Assistência Médica Internacional S/A em face de Vitalli Comércio de Queijos e Bebidas Ltda., Mayra Miranda Rodrigues e Rafael Adas Pereira Vitale.

A autora alega que os réus contrataram plano de saúde e apresentaram cartas de permanência falsas, bem como omitiram doença preexistente. Constatada a fraude, a autora cancelou o contrato e promoveu a presente demanda, para cobrança dos valores gastos com tratamentos médicos dos réus.

Em Primeiro Grau, a demanda foi julgada procedente, para condenar os réus ao pagamento de R\$558.688,68. Sucumbentes, os réus foram ainda condenados a arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios fixados em 10% do valor da condenação.

Apelam os réus, aduzindo que não houve má-fé no ato de contratar, pois o réu Rafael não tinha ciência da existência da doença.

Dizem que *"a mera existência de uma condição médica adversa em determinado momento não pode, por si só, ser equiparada à consciência plena dessa condição pelo indivíduo. A legislação é clara ao estabelecer que a obrigação de informar pressupõe um conhecimento anterior e claro sobre o fato a ser comunicado.*

Assim, uma interpretação que presuma automaticamente o conhecimento da doença com base apenas em seus sintomas ou exames em andamento é, além de inadequada, potencialmente injusta".

Enfatizam que não basta que a doença existisse no ato da contratação, mas que o paciente tivesse ciência desse diagnóstico, o que não ocorreu no caso dos autos.

Insistem que, na época, Rafael estava realizando diversos exames para elucidar uma possível enfermidade. Os exames não equivalem a diagnóstico, notadamente tratando-se de paciente leigo. Assim sendo, afirma que o diagnóstico só veio em 18/09/2020.

Diz que a RN 558/22 da ANS determina que o contratante informe doenças preexistentes de que saiba ser portador, não sobre sintomas e exames em curso. De qualquer forma, o apelante diz que informou sobre a investigação e exames em curso para a corretora, o que demonstra sua honestidade (fls. 622).

Insistem na solidariedade de responsabilidades da seguradora e da corretora, vez que esta atua como preposta daquela. Além disso, é função do corretor identificar o risco do negócio, orientar as partes e repassar as informações para a empresa.

Os apelantes também refutam a alegação de que Rafael foi diagnosticado com câncer em 2005. Explicam que, anos atrás, Rafael teve um cisto no pé, diagnosticado como uma formação venosa com tumoração benigna. Em 2020, as lâminas usadas no exame de 2005 foram reavaliadas e constatado erro médico, pois o apelante já teria câncer em 2005, mas foi informado à época, de que não tinha nenhuma doença.

Os apelantes ainda refutam a alegação de fraude na elegibilidade, pois jamais apresentaram carta de permanência falsa. O documento não era de conhecimento dos recorrentes e foi providenciado pela representante da autora. Os apelantes insistem que jamais alegaram ter plano de saúde da Sul América.

Pedem a apreciação do tema, visto que a fraude na carta de permanência ensejou a rescisão do contrato. Argumentam que não tiveram oportunidade de se defender em sede administrativa. A operadora teria rescindido o contrato sem sequer apresentar aos réus os documentos fraudulentos.

Argumentam que a ANS exige instauração de procedimento administrativo para apuração de fraude, o que não foi respeitado pela autora.

Em razão da ausência de qualquer fraude, os apelantes refutam obrigação de indenizar por danos materiais.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

De qualquer forma, o atendimento prestado era de urgência/emergência. Além disso, a autora apresenta tabela de valores injustificados. Não é possível verificar, por exemplo, quantidade, data de utilização. São gastos não reconhecidos pelos apelantes. Impugnam especificamente as despesas, às fls. 840/841.

Dizem que a condenação não poderia recair sobre os apelante Mayra e Vitalli Comércio de Queijos e Bebidas Ltda., pois eventual omissão na declaração de saúde atinge tão somente o beneficiário Rafael. Invocam o art. 28 da RN 558 da ANS.

Pedem aplicação das súmulas 609 do Superior Tribunal de Justiça e 105 desta Corte.

Pugnam pela improcedência da demanda.

O recurso foi devidamente processado, com oferecimento de contrarrazões.

Anote-se a título de informação que os réus moveram outra ação contra a operadora, pretendo reverter o cancelamento do contrato, autos n. 1025530-44.2021.8.26.0554. A conexão entre as demandas já foi reconhecida em Primeiro Grau.

É o relatório.

Preliminarmente, acata-se a alegação de ilegitimidade passiva dos réus Vitalli Comércio de Queijos e Bebidas Ltda. e Mayra Miranda Rodrigues na demanda indenizatória fundado na prática ilícita de fraude na declaração de saúde.

Com efeito, a declaração é documento personalíssimo, sendo o beneficiário declarante o único responsável por eventuais inconsistências do conteúdo declarado.

Todos os réus, no entanto, tem legitimidade passiva em relação ao pedido indenizatório com causa de pedir relacionada à fraude nas cartas de permanência.

Ainda em sede preliminar, verifica-se que não há interesse recursal dos réus em relação à falsificação das cartas. O recurso não será conhecido nesse ponto.

Isso porque o pedido indenizatório estava embasado em duas práticas supostamente ilícitas, mas a sentença reconheceu apenas uma delas: fraude na declaração de saúde.

O interesse recursal quanto ao reconhecimento de fraude nas cartas de permanência era exclusivamente da autora, mas ela não interpôs recurso.

O cancelamento do contrato está sendo analisado em outra demanda.

Assim sendo, para efeitos de reparação por danos materiais, a questão da fraude nas cartas de permanência está estabilizada e não comporta mais discussão, nos termos do art. 508 do Código de Processo Civil.

No mérito, segundo a resolução 162 da ANS, *"doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas 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"*.

A doença preexistente deve ser informada pelo contratante, mediante preenchimento da declaração de saúde, documento integrante do contrato. A declaração é importante, pois informa a operadora sobre eventual elevação do risco e, uma vez ciente da DLP, a operadora pode optar pela contratação com cobertura parcial temporária.

"Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT" (art. 6º, §1º, Res. 162, ANS).

Agravo é *"qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada"*.

Em suma, ao tomar ciência da doença preexistente, que acarreta elevação do risco, a operadora pode impor o cumprimento de prazo de cobertura parcial temporária, de 24 meses, facultando ao usuário o pagamento de acréscimo pecuniário, para que tenha cobertura integral imediata.

Diz a Lei 9656/98:

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento

contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Assim sendo, o ônus da prova da ciência de doença preexistente é das operadoras de plano de saúde, mediante realização de exames prévios.

Se a operadora opta por não realizar os exames, a exclusão de cobertura só terá cabimento com a demonstração de que o usuário tinha ciência da doença, mas omitiu essa informação no ato de contratar, ou seja, agiu de má-fé. Nesse sentido:

Súmula 609 STJ: 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.

Súmula 105 TJSP: 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.

Vale frisar: se a operadora não realizou exames prévios, tem obrigação de cobrir as despesas com doenças preexistentes, exceto se comprovar má-fé do consumidor no ato da contratação.

Esse é o caso dos autos. A operadora alega que o diagnóstico estava concluído um mês antes da contratação do plano de saúde, com base no documento de fls. 313, que contém um histórico da doença do réu e onde se lê: "27/08/2020 – *Biópsia incisional de lesão em tornozelo D – sarcoma sinovial monofásico*".

No entanto, esse documento, por si só, não permite saber se a data informada é a da biópsia ou do resultado exame; menos ainda se essa foi a data que o paciente teve ciência do diagnóstico.

De outro lado, o réu trouxe declaração de sua médica assistente, no sentido de que o diagnóstico foi estabelecido apenas em 18/09/2020 (fls. 488).

A corroborar as alegações do réu, há transcrição da conversa com a corretora do plano de saúde, segundo a qual o consumidor estava em processo de investigação de doença, mas ainda não tinha diagnóstico fechado (fls. 466), por isso achava melhor não declarar.

A alegação tem verossimilhança. A realização do exame não se confunde com o efetivo diagnóstico. Impossível ao contratante indicar uma "*provável*" doença.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Além disso, todos os documentos demonstram que o réu não havia realizado qualquer tratamento para a mesma doença antes da contratação.

Analisando detidamente o relatado às fls. 313, pode-se concluir que o réu realizou exames em agosto de 2020. Mas não é possível concluir que o réu teve ciência do diagnóstico quando fez o exame.

Nem mesmo quando acessou o resultado, pois, em princípio, apenas o médico tem condições de analisar as informações e promover diagnóstico. O ordinário se presume, o extraordinário requer prova.

Vale ainda dizer que o julgamento deve ocorrer segundo a presunção da boa-fé. *"A presunção de boa-fé é princípio geral de direito universalmente aceito, sendo milenar parêmia: a boa-fé se presume; a má-fé se prova"* (STJ, tema repetitivo 243, REsp 956943/PR).

A presunção de boa-fé do réu só poderia ser afastada mediante prova de ciência inequívoca do diagnóstico, em data anterior ao preenchimento da declaração de saúde, o que não ocorreu.

Em suma, nenhum documento juntado pela autora demonstra que o réu teve ciência inequívoca da doença em data anterior à contratação. Desse modo, a demanda movida pela operadora é improcedente.

Tendo em vista o resultado do julgamento, a autora passa a ser integralmente sucumbente, razão pela qual deverá arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor atualizado da causa.

Finalizando, as demais questões arguidas pelas partes ficam prejudicadas, segundo orientação do Superior Tribunal de Justiça, perfilhada pela Ministra Diva Malerbi, no julgamento dos EDcl no MS 21.315/DF, proferido em 08/06/2016, já na vigência CPC/2015: *"o julgador não está obrigado a responder a todas as questões suscitadas pelas partes, quando já tenha encontrado motivo suficiente para proferir a decisão (...), sendo dever do julgador apenas enfrentar as questões capazes de infirmar a conclusão adotada na decisão recorrida"*.

Na hipótese de apresentação de embargos de declaração contra o presente Acórdão, ficam as partes intimadas a se manifestar, no próprio recurso, a respeito de eventual oposição ao



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

juízo virtual, nos termos do art. 1º da Resolução n.º 549/2011, com a redação alterada pela Resolução nº 772/2017 do Órgão Especial deste E. Tribunal de Justiça, entendendo-se o silêncio como concordância.

Pelo exposto, conhece-se de parte do recurso e, na parte conhecida, dá-se provimento, para (i) declarar a ilegitimidade passiva de Vitalli Comércio de Queijos e Bebidas Ltda. e Mayra Miranda Rodrigues na demanda fundada em fraude na declaração de saúde; (ii) julgar improcedente a demanda, extinguindo-se o feito com julgamento do mérito, nos termos do art. 487, I do Código de Processo Civil; (iii), condenar a autora arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios fixados em 15% do valor atualizado da causa.

EDSON LUIZ DE QUEIROZ
RELATOR
Assinatura Eletrônica