



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000326060

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1018073-40.2023.8.26.0020, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, são apelados LUANA DE SOUZA SIQUEIRA e SULLIVAN CANDIDO DE OLIVEIRA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual do Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (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 AFONSO BRÁZ (Presidente sem voto), DOMINGOS DE SIQUEIRA FRASCINO E ROSANA SANTISO.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

LÉA DUARTE
Relatora
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Recurso nº: 1018073-40.2023.8.26.0020
Apelante: Notre Dame Intermédica Saúde S/A
Apelado: Luana de Souza Siqueira e outro
Foro e vara de origem: Foro Regional Nossa Senhora do Ó/1ª Vara Cível

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA SOB ALEGADA CARÊNCIA CONTRATUAL. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA CONFIGURADO. ABUSIVIDADE DA RECUSA. RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS. DANO MORAL CONFIGURADO. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Ação ajuizada visando o ressarcimento de despesas médicas e indenização por danos morais, diante da negativa de cobertura contratual de procedimento cirúrgico de urgência, sob a alegação de que o contrato ainda se encontrava em período de carência. A sentença julgou procedente a ação, condenando a ré ao reembolso das despesas médicas no valor de R\$ 17.551,86 e ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 6.000,00.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) verificar a legalidade da negativa de cobertura sob o argumento de carência contratual em caso de urgência; (ii) analisar a configuração do dano moral decorrente da recusa indevida da cobertura.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A negativa de cobertura, sob o fundamento de carência contratual, é abusiva quando o atendimento se dá em regime de urgência, nos termos do art. 12, V, “c” e art. 35-C da Lei nº 9.656/1998, sendo o prazo de carência para tais hipóteses limitado a 24 horas.

4. A documentação médica apresentada comprova que o autor foi submetido a procedimento cirúrgico de urgência (colecistectomia com colangiografia), tornando indevida a recusa da operadora do plano de saúde.

5. A jurisprudência desta Corte já consolidou o entendimento de que é abusiva a negativa de cobertura em casos de urgência e emergência com base em carência contratual superior a 24 horas, conforme Súmula 103 do TJSP.

6. O reembolso das despesas médicas é devido, pois o consumidor, em situação de emergência, não pode arcar com os custos do atendimento diante da falha da operadora em cumprir sua obrigação contratual.

7. A conduta da ré causou abalo emocional ao autor em momento de vulnerabilidade física e psicológica, configurando dano moral indenizável, nos termos do art. 14 do CDC e da jurisprudência do STJ.

IV. DISPOSITIVO E TESE

8. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: A) É abusiva a negativa de cobertura contratual de atendimento de urgência sob o fundamento de carência superior a 24 horas, nos termos do art. 12, V, “c”, da Lei nº 9.656/1998. B) Comprovada a urgência no atendimento e a recusa injustificada da operadora, é devida a restituição integral das despesas suportadas pelo consumidor. C) A negativa indevida de cobertura em situação de urgência caracteriza falha na prestação do serviço e enseja indenização por danos morais.

Dispositivos relevantes citados: Lei nº 9.656/1998, arts. 12, V, “c”, e 35-C; CC, arts. 421 e 422; CDC, arts. 6º, VI, e 14; CPC, art. 487, I; CPC, art. 85, §2º.

Jurisprudência relevante citada: TJSP, Apelação Cível 1010998-98.2023.8.26.0100, Rel. Des. Erickson Gavazza Marques, j. 07.12.2023; Súmula 103 do TJSP.

Os argumentos apresentados pelo recorrente no seu recurso já foram devidamente analisados e rejeitados pela sentença, que deve ser integralmente ratificada, nos termos do art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP, por não haver nenhum fundamento de fato ou de direito novo relevante a ser apreciado:

"LUANA DE SOUZA SIQUEIRA e SULIVAN CANDIDO DE OLIVEIRA, qualificados nos autos, ajuizou ação cível em face de NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A. Afirmou, em síntese (fls. 1-18), que Sullivan manteve junto à requerida um contrato de plano de saúde, categoria 700 PT ADVANCE, acomodação apartamento, cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica, desde outubro de 2020. Em 02 de dezembro de 2020, necessitou de atendimento de emergência no Hospital São Camilo, conveniado ao plano. Na data, foi necessária a realização de uma tomografia, por dores abdominais. Foi identificada inflamação na vesícula e consequente preparação para cirurgia. Foram identificados diversos cálculos na vesícula biliar. Foi submetido a cirurgia de emergência. O plano de saúde requerido negou a cobertura, alegando que estava ainda vigente o período de carência. O plano de saúde teria, então, indicado a remoção do paciente para o SUS com a alegação de que seria uma cirurgia eletiva. Afirmou que arcou pessoalmente com os custos do procedimento cirúrgico. Requereu a inversão do ônus da prova; a condenação da ré a ressarcir os valores gastos com a cirurgia e demais procedimentos de urgência e emergência realizados, no valor de R\$ 17551,86; a indenização por danos morais. A requerida contestou às fls. 178-202, afirmando que não tinha obrigação contratual, em virtude do período de carência previsto. Que as carências apenas se findaram em 15.08.2021. Invocou o regulamento da Resolução CONSU número 13. Por isso, afirmou não haver danos materiais indenizáveis, tampouco danos morais. Impugnação da autora às fls. 206-219. As partes pugnaram pelo julgamento antecipado da demanda.

Considerando o desinteresse das partes na produção de outras provas, impõe-se o julgamento do feito no estado em que se encontra.

Com efeito, ainda que se trate da administradora do plano de saúde em discussão, verifica-se que não foi formulado nenhum pedido em relação a ela.

Resta incontroverso que, desde 20.10.2020, os autores são beneficiários do plano saúde Advance 700, comercializado pela requerida Notredame.

Também resta incontroverso que, em 02 de dezembro de 2020, o autor Sullivan precisou de atendimento médico de urgência. A corré Notredame Intermédica se opõe ao pedido sustentando que o período de carência previsto em contrato ainda não havia sido superado por ocasião do atendimento, o que a eximiria de arcar com as respectivas despesas.

Por outro lado, tanto no relatório médico, como nos relatórios de atendimento apresentados pelo autor, documentos não impugnados pelos réus, consta que o atendimento se deu de forma URGENTE (fls. 58).

Consta que foi necessária a realização de colecistectomia com colangiografia de modo urgente pela equipe médica que o acompanhava.

Os termos da contratação de seu plano de saúde constam de fls. 126-157.

De outro lado, a Lei 9656 de 1998, em seu artigo 12, V, “c”, afirma que o prazo máximo de carência para atendimentos de urgência ou emergência é de no máximo 24 horas.

Disso se infere que, ao tempo do atendimento emergencial, o período de carência

previsto para a hipótese já havia sido superado, sendo indevida a negativa de cobertura.

Em situações de urgência ou emergência, reputa-se ilícita a recusa da operação fundada em prazo de carência (Lei 9.656/1.998, art. 12, V, "c" c.c. art. 35-C).

Nesse sentido:

PLANO DE SAÚDE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZATÓRIA AUTORA INTERNADA EM UTI PARA TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE, COVID E INFECÇÃO URINÁRIA, EM CARÁTER DE URGÊNCIA AUTORIZAÇÃO NÃO CONCEDIDA POR NÃO TER ESCOADO O PRAZO DE CARÊNCIA CONTRATUAL CLÁUSULA CONTRATUAL QUE NÃO SE APLICA ÀS HIPÓTESES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA GLOSA INDEVIDA ATO ILÍCITO CARACTERIZADO DANO MORAL DEVIDO - INDENIZAÇÃO FIXADA A CONTENTO REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS PARTICULARES - MATÉRIA NÃO ALEGADA EM CONTESTAÇÃO INOVAÇÃO EM SEDE RECURSAL INADMISSIBILIDADE SENTENÇA MANTIDA RECURSO PARCIALMENTE CONHECIDO E, NA PARTE CONHECIDA, NÃO PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1010998-98.2023.8.26.0100; Relator (a): Erickson Gavazza Marques; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/12/2023; Data de Registro: 07/12/2023).

Tampouco o hospital pode transferir ao consumidor o ônus de uma discussão que se limita a ele próprio e a operadora do plano de saúde, que deveria custear as despesas com o atendimento médico.

Afinal, se a operadora do plano de saúde coloca determinado hospital na lista de prestadores credenciados ou conveniados, o consumidor deve ter segurança de que, ao procurar atendimento naquele local, terá as despesas médicas ali incorridas cobertas pelo plano, nos limites do contrato. Por conseguinte, havendo divergência entre a operadora do plano e o hospital em relação ao tratamento a ser fornecido e o seu respectivo custo, isso deve ser resolvido entre eles, sendo abusivo, segundo a ótica das relações de consumo, transferir o ônus financeiro dessa disputa para o terceiro, isto é, o consumidor, que é a parte mais fraca dessa relação e que, por conta da sua vulnerabilidade, goza de especial proteção do ordenamento jurídico. Não se desconhece a jurisprudência contrária ao entendimento adotado nesta decisão.

Todavia, é preciso ponderar que tanto o hospital quanto o plano de saúde dispõem de ferramentas para regular as controvérsias havidas quanto ao reembolso pelos atendimentos, as quais, no limite, podem levar até mesmo ao rompimento do contrato de credenciamento, seja pelo hospital, seja pela operadora. O fornecimento de atendimento na rede credenciada é a contrapartida da operadora pelo pagamento das mensalidades do plano de saúde pelo consumidor.

Por outro lado, interessa ao hospital integrar a rede credenciada ou conveniada do plano de saúde justamente para atrair os pacientes a ele filiados. Segundo essa perspectiva econômica, reputa-se abusivo, porquanto contrário à boa-fé objetiva e à função social do contrato (Código Civil, arts. 421 e 422), exigir-se do consumidor que garanta o cumprimento das prestações que, a toda evidência, deveriam ser honradas pela operadora do plano de saúde.

O dispêndio dos autores com a internação, cirurgia e demais procedimentos necessários à vida de Sullivan, que claramente foi atendido em regime de URGÊNCIA MÉDICA, devem ser ressarcidos e estão claramente salientados às fls. 161, no montante de R\$ 17.551,86.

Quanto ao pedido de condenação em danos morais entendo que merece acolhida. A doutrina classifica os danos morais em objetivos e subjetivos. Objetivos seriam aqueles que decorreriam de violações aos direitos da personalidade. Subjetivos aqueles que se correlacionam com o tormento ou o mal sofrido pela pessoa em sua intimidade psíquica.

No caso em tela, vislumbro a ocorrência de danos morais na modalidade subjetiva. É evidente que o requerente sofreu abalos severos, porque se trata de cobrança de dívida indevida, de forma abusiva, num momento de fragilidade física e emocional,

que demanda constante atenção da família, da sociedade, do Estado e dos profissionais de saúde envolvidos. As ações da requerida tornaram sua vivência mais difícil e são fruto de ilícito contratual, nascendo assim a necessidade de responsabilização e consequente indenização.

Assim, considerando (i) valores usualmente aplicados em casos análogos; e (ii) as particularidades do caso concreto, arbitro a indenização por danos morais em R\$ 6.000,00.

Pelo exposto, com fundamento no art. 487, I, do Código de Processo Civil, julgo PROCEDENTE o pedido para: CONDENAR a ré NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE SA a ressarcir os valores do débito referente ao atendimento emergencial prestado, em R\$ 17.551,86, de modo atualizado. Condeno a requerida, ainda, ao pagamento de indenização por danos morais aos autores, no valor de R\$ 6.000,00.

Por conseguinte, condeno a requerida ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios arbitrados em 10% (dez por cento) do valor da causa, nos termos do art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil."

Apenas ressalto que, apesar de a ré basear sua negativa de cobertura da internação do autor no fato de o contrato estar em período de carência, tal recusa é abusiva diante da comprovada situação de urgência em que se encontrava o autor (fls. 57/58), que necessitou realizar procedimento cirúrgico de "colecistectomia com colangiografia".

Aplicável, portanto, a Súmula n. 103 desta E. Corte:

"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."

Manifestamente presente, ainda, o dano moral alegado pelo requerente, diante do inegável sofrimento causado pela negativa de cobertura em momento de risco a sua saúde. De rigor, assim, a manutenção da sentença.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

Pela sucumbência, arcará a recorrente com o pagamento das custas processuais e honorários advocatícios que fixo em 20% do valor atualizado da causa, de acordo com os critérios do art. 85, §2º e 11, do CPC/2015.

A oposição de embargos de declaração fora das hipóteses legais e/ou com efeitos infringentes dará ensejo à imposição da multa prevista pelo artigo 1026, § 2º, do CPC.

Considera-se prequestionada toda a matéria constitucional e infraconstitucional discutida, evitando-se, com isso, oposição de embargos de declaração para este fim (Súmulas nº 211 do Superior Tribunal de Justiça e nº 282 do Supremo Tribunal Federal).

LÉA DUARTE
Relatora