



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000325780

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1021294-44.2024.8.26.0554, da Comarca de Santo André, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A, é apelado EVERSON JOSÉ PINHEIRO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª 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 RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente sem voto), MARIA DO CARMO HONÓRIO E LUCILIA ALCIONE PRATA.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

DÉBORA BRANDÃO

Relatora

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 004114

Apelação Cível 1021294-44.2024.8.26.0554

COMARCA: Santo André

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde S/A

Apelado: Everson José Pinheiro

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame 1. Recurso de apelação interposto pela operadora de plano de saúde contra sentença que determinou o custeio de internação, exames, consultas e procedimentos necessários ao tratamento de saúde do autor, diagnosticado com dor abdominal refratária, em caráter de urgência. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em verificar a abusividade da negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde, sob alegação de carência contratual, em situação de urgência/emergência. III. Razões de Decidir 3. O contrato deve ser interpretado à luz do Código de Defesa do Consumidor, sendo abusiva a negativa de cobertura em casos de urgência, conforme art. 12, V, “c” da Lei 9.656/1998. 4. A prova documental nos autos comprova a urgência do caso, justificando a internação e o tratamento, afastando a alegação de carência contratual. IV. Dispositivo e Tese 5. **Recurso desprovido.** Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura em situação de urgência é abusiva, mesmo em período de carência contratual. 2. A urgência comprovada impõe o custeio do tratamento pelo plano de saúde.

Trata-se de recurso de apelação contra a sentença de fls.421/426, complementada pela decisão dos embargos de declaração de fls. 438/439, que julgou parcialmente procedente os pedidos para condenar a ré na obrigação de custear a internação do autor, exames, consultas e procedimentos correlatos necessários ao tratamento de saúde da parte autora, a serem realizados por clínicas, hospitais, e profissionais credenciados junto ao plano de saúde, nos termos do contrato, e desde que a parte autora esteja em dia com o pagamento das mensalidades, além de reconhecer a sucumbência recíproca e condenar as partes ao

pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% do valor da condenação devidos em favor da parte adversa.

Recorre a operadora do plano de saúde. Sustenta, em síntese, que o procedimento cirúrgico foi negado em razão de carência contratual e que o pedido médico não indica a situação de urgência ou emergência. Diz que consta da sentença que a parte autora sofria de epilepsia, mas que o relatório médico não tem qualquer indicação de tal acometimento. Argumenta que a decisão judicial *a quo* foi “*deferida de forma totalmente presumida no sentido de urgência, o que é totalmente contrário a legislação pertinente*”. Alega que não houve qualquer falha na prestação de serviços, que tão somente foram prestados dentro dos limites estabelecidos pelo contrato entabulado entre as partes, bem como ainda em expressa observância a legislação vigente. Por fim, pretende a reforma integral da sentença e a improcedência dos pedidos. (fls. 442/448).

Não foram apresentadas contrarrazões recursais, conforme certidão constante dos autos (fl. 467).

Inexiste oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso não comporta provimento.

Cuida-se de recurso que visa a reforma de sentença que determinou o custeio de internação em UTI a paciente diagnosticado com dor abdominal refratária.

Não se desconhece que houve afetação da discussão no tema 1314 do C. Superior Tribunal de Justiça, que tem como questão submetida a julgamento: “*I) abusividade da cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da*

data da contratação; e II) abusividade da cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado” (grifei), entretanto, apenas foi suspensa a tramitação nos tribunais dos recursos especiais e dos agravos em recurso especial, logo, não há obstáculo ao julgamento deste recurso.

O contrato em questão deve ser examinado à luz do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 1º da Lei nº 9.656/1998 e súmulas 100 deste E. Tribunal e 608 do C. Superior Tribunal de Justiça.

Alega a apelante que o contrato mantido com o apelado estava em período de carência e que não havia urgência para justificar o atendimento em procedimento cirúrgico, internação e exames, porque o procedimento era eletivo. Entretanto, tais argumentos sedem em face da prova documental constante dos autos.

O documento de evolução do atendimento do autor no PS apresentado nos autos (fl. 32) indica a urgência ainda que a palavra não tenha constado expressamente no relatório médico.

Há referência a piora no estado clínico do paciente durante o atendimento, de um dia para o outro, além de dor intensa que não cedeu mesmo após a ministração de morfina, fármaco narcótico de alto poder analgésico que, sabidamente, é prescrito de forma restrita para casos de dor intensa, aguda ou crônica, em razão do risco de dependência (fl.32).

O relatório contém a solicitação de “*internação em leito de UTI para manejo clínico devido a dor refrataria e aval e conduta da cirurgia*” (fl. 34).

Note-se que são dois relatórios emitidos em dias distintos e por médicos diferentes que apontam a piora no quadro clínico, com indicação de internação.

Com efeito, nesse cenário, indubitável, o tratamento e a

internação se impunham, realmente, em caráter de urgência, pois, comprovada a urgência, aplica-se o artigo 12, V, “c” da Lei 9656/1998. Deste modo, a apelante não poderia ter deixado de autorizar a internação, nem de custear o tratamento, tal qual constou da sentença.

Nesse sentido, conferir o julgado abaixo desta C.
Câmara:

APELAÇÃO PLANO DE SAÚDE Tutela antecipada antecedente, c.c pedido de indenização em dano moral. Internação em caráter de urgência. Carência do contrato. Prescrição médica determinando internação do autor em UTI para tratamento. Sentença de procedência, condenando a ré a custear integralmente a internação de urgência do autor e a indenizá-lo. Irresignação da ré. Internação de emergência. Afastamento da carência contratual nessa situação. Inteligência do art. 35-C, I da Lei 9.656/98. Precedentes. Hipótese de incidência das Súmulas 92 e 103 do Tribunal de Justiça de São Paulo Abusividade e ilegalidade reconhecidos. Dano moral, contudo, não evidenciado. Precedentes. Sentença reformada Recurso parcialmente provido.” (Apelação 1007945-52.2022.8.26.0001; Relator(a): Costa Netto; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 31/05/2023; Data de publicação: 31/05/2023).

Na situação dos autos, a ré justifica a negativa de cobertura da internação do apelado em razão do plano contratado estar em período de carência, mas a carência contratual cede quando presente a situação de urgência e emergência que demanda a preservação da incolumidade da saúde do paciente.

Aplica-se ao caso a súmula 103 desta E. Corte 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.*” e a súmula 597 do C. STJ “*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*”.

Destaque-se a respeito, ainda a Resolução 3 do

CONSU, que em seu art. 1º, dispõe 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”*.

Dessa forma, é caso de manutenção da sentença que condenou a ré a custear o período de internação, exames, consultas e procedimentos correlatos necessários ao tratamento de saúde do apelado, a serem realizados por clínicas, hospitais, e profissionais credenciados junto ao plano de saúde, nos termos do contrato, e desde que a parte autora esteja em dia com o pagamento das mensalidades.

Em razão do desfecho do recurso, majoram-se os honorários advocatícios sucumbenciais em grau recursal em 2% do valor já estabelecido na origem em favor do patrono da parte apelada.

Para fins de eventual recurso às instâncias superiores, consideram-se prequestionados todos os dispositivos citados pelas partes (art. 1025 do CPC), que não se coadunam com a linha de entendimento adotado no julgamento deste recurso.

Ante o exposto, **nega-se** provimento ao recurso interposto pela operadora do plano de saúde, conforme fundamentação acima.

DÉBORA BRANDÃO
Relatora
Assinatura Eletrônica