



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000326823

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2026014-16.2025.8.26.0000, da Comarca de Campinas, em que é agravante ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, é agravado WALTER TEODORO SABINO.

ACORDAM, em 1ª 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 Exmos. Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente sem voto), ALEXANDRE MARCONDES E ENÉAS COSTA GARCIA.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

CLAUDIO GODOY

RELATOR

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

AGRAVO DE INSTRUMENTO

Processo n. 2026014-16.2025.8.26.0000

Comarca: Campinas

Agravante: ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA

Agravado: WALTER TEODORO SABINO

Juiz: Dr. Anderson Pestana de Abreu

Voto n. 32.337

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Tutela provisória. Exame médico, prescrito com urgência, consistente em “cateterismo cardíaco e/ou D com cineangiocoronariografia” para elucidação do diagnóstico e tratamento. Paciente com quadro de alto risco cardiovascular. Negativa da operadora, sob o fundamento de não ter sido cumprido o período de carência de 24 meses, necessário para procedimentos relativos a doenças preexistentes. Nos termos do artigo 11 da Lei dos Planos de Saúde, à operadora ou seguradora, para se utilizar da excludente da preexistência, impõe-se não só comprová-la como, ainda, o ônus de demonstrar o conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário da doença ou lesão preexistente. Ausência de exame admissional. Necessidade de que corra a instrução. Urgência demonstrada. Decisão mantida. Recurso desprovido.

Cuida-se de agravo de instrumento interposto contra decisão (fls. 59/61 da origem) que deferiu tutela de urgência a o fim de determinar que a requerida providencie o necessário para autorização/realização do procedimento médico prescrito ao autor, consistente em “cateterismo cardíaco e/ou D com cineangiocoronariografia”, no prazo de cinco dias, sob pena de arbitramento de multa.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Sustenta a agravante, em sua irresignação, que o beneficiário está em período de carência contratual, bem assim que não há urgência no procedimento prescrito. Assevera que o recorrido é portador de doença pré-existente, pelo que devido o cumprimento de carência de 24 meses, sendo válida a cobertura parcial temporária amparada na Resolução Normativa nº 162 da ANS. Aduz a ausência de defeito na prestação de serviços e que a cláusula limitativa de direitos do consumidor foi redigida de forma clara e com destaque, respeitando o disposto no art. 54 da Lei nº 8.078/90, conforme disposto no art. 35-G da Lei nº 9.656/98. Argumenta com a necessidade de atenção ao princípio do *pacta sunt servanda* e dever de boa-fé das partes na relação contratual. Requer a concessão de efeito suspensivo.

Indeferida a liminar, o recurso foi remetido à Mesa.

É o relatório.

Persistem as razões da decisão inicial.

Ao que consta da origem, o autor é beneficiário, desde 01/09/2024, de plano de saúde comercializado pela ré e, em razão de quadro de insuficiência cardíaca, foi-lhe prescrito procedimento consistente em “cateterismo cardíaco e/ou D com cineangiocoronariografia”.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Nota-se a indicação do procedimento em caráter de urgência, expressamente assentada no relatório do médico cardiologista, em que sinalizou o especialista para o alto risco cardiovascular do paciente e necessidade de realização do exame para elucidação do diagnóstico e tratamento (fls. 48/50 da origem).

No entanto, a cobertura foi negada pela operadora de saúde, sob o argumento de não ter sido cumprido o período de carência de 24 meses, necessário para procedimentos relativos a doenças preexistentes.

Pois, em princípio, fundada a resistência na afirmação de incidência de cláusula de cobertura parcial temporária de 24 meses, em razão de doença preexistente, não se há de olvidar que, nos termos do artigo 11 da Lei dos Planos de Saúde, à operadora ou seguradora, para se utilizar da excludente da preexistência, impõe-se não só comprová-la como, ainda, o ônus de demonstrar o conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário da doença ou lesão preexistente. Assentou, a propósito, o Superior Tribunal de Justiça não ser *“possível presumir-se a má-fé da seguradora sobre a preexistência da doença sem respaldo em prova técnica e, ainda, neste caso, sem que sequer tenha sido alegada e demonstrada pela seguradora”* (REsp 617.239/MG, rel. Min. Menezes Direito, j. 14/09/2004).

Não de diferente teor, explicitou-se, em outro aresto, ser preciso, para que a seguradora se valha, utilmente, da



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

alegação de preexistência, que prove a ciência do segurado sobre seu preciso e real estado de saúde ao fazer as declarações exigidas à contratação (STJ, REsp. n. 1.080.973, rel. Min. Nancy Andrighi, DJ 03.02.2009).

E isto tanto mais porque a cláusula excludente de que se trata há de ser compreendida nos exatos termos do artigo 766 do CC/02, o qual, no seu *caput*, dispõe sobre a perda do direito ao seguro quando o segurado faça declaração inexata ou omita fato relevante, mas, veja-se, de modo deliberado, eis que, consoante ressalva o parágrafo único, já, de seu turno, na esteira de semelhante previsão do CC italiano (art. 1.893) – sabido que relevante fonte de inspiração ao atual Código brasileiro – a consequência é outra se a inexatidão ou omissão não resulta de má-fé.

Com efeito, ausente má-fé, ao segurador somente resta a resolução do contrato ou reajuste do prêmio, note-se, no primeiro caso desde que o sinistro já não tenha ocorrido, como tive oportunidade de sustentar em outra sede, e a exemplo do que se dá no direito peninsular (*cf. CC Comentado, Coord. Min. Cezar Peluso, Manole, 4ª ed., p. 782*), quando então a indenização, de todo modo, deve ser paga, ainda que pleiteada eventual diferença de prêmio.

No caso em tela, veja-se que, por ora, não consta tenha sido realizado exame específico no agravado quando da contratação da apólice. Em que pese a assertiva da agravante no sentido de que o contrato entabulado determina o preenchimento de



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

formulário consistente em declaração de saúde, no qual se devem registrar as doenças ou lesões preexistentes, não consta nos autos, em princípio, a juntada do referido documento, e isso mesmo na contestação apresentada na origem.

E já de há muito erigida orientação de que operadora que não realiza exame admissional não pode depois levantar exceção de preexistência, aqui incidindo o enunciado da **Súmula 105 do TJSP**. Conforme iterativa jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, *“a doença preexistente só pode ser oposta pela seguradora ao segurado mediante realização de prévio exame médico ou prova inequívoca de sua má-fé”*(STJ, AgRg no Ag n. **1.062.383/RS**). No mesmo sentido: STJ, AgRg no Ag n. **1.039.850/BA**, AgRg no Ag n. **973.265/SP**, REsp. n. **777.265/MG**, REsp. n. **651.713/PR** e REsp. n. **653.720/RS**. Tal o teor do enunciado agora da **Súmula 609 da Corte Superior**.

No mais, ao que parece, não há nada nos autos a indicar que o diagnóstico tivesse sido anterior à contratação do plano.

Ressalva-se, de todo modo, que os pontos acima descritos haverão de ser objeto de mais aprofundada dilação probatória na origem, inclusive por meio de prova técnica que se venha a requerer. Mas, por enquanto, não servem a indicar, de modo bastante, a má-fé do autor.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

De outro lado, está evidenciado o perigo de dano na hipótese, uma vez que, como se disse, foi atestado pelo médico que acompanha o agravado a urgência na realização do exame, e isto para elucidação do diagnóstico e escolha do tratamento para enfrentar o quadro de alto risco cardiovascular do paciente (fls. 48/50 da origem).

Além disso, não se vê, em princípio, risco de irreversibilidade da medida, desde que sempre possível a cobrança do quanto se repute devido em razão do tratamento, inclusive sob a vicissitude da interrupção da cobertura. E tudo com o acréscimo de que o perigo de irreversibilidade está mais na ausência de cobertura dos riscos à saúde do paciente.

Nesse contexto, ao menos em princípio, e ressalvada apuração posterior em contraditório, considera-se por ora indevida a negativa de cobertura com base na carência contratual.

Por tudo isso, por ora mantém-se a tutela provisória tal como deferida na origem.

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso.

CLAUDIO GODOY
relator