



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000336855

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008557-98.2020.8.26.0020, da Comarca de São Paulo, em que é apelante LUCIANA MARCELINO MARTINS DA SILVA (JUSTIÇA GRATUITA), são apelados SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A e IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 33ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Deram provimento ao recurso. V. U., de conformidade com o voto da Relatora, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores LUIZ EURICO (Presidente sem voto), CARMEN LUCIA DA SILVA E SÁ DUARTE.

São Paulo, 4 de abril de 2025.

ANA LUCIA ROMANHOLE MARTUCCI

Relatora

Assinatura Eletrônica

Voto nº 36130

Apelação Cível 1008557-98.2020.8.26.0020

Apelante: Luciana Marcelino Martins da Silva

Apelados: Sul América Seguro Saúde S/A e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Comarca: São Paulo

Juiz: Murillo D'Avila Vianna Cotrim

Apelação. Ação de cobrança. Serviços hospitalares. Denúnciação da lide. Plano de saúde. Sentença de procedência da ação principal e da lide secundária. Recurso da ré. Parte ré que procurou os serviços médico-hospitalares prestados pelo nosocômio autor acreditando que ele fazia parte da rede credenciada do plano de saúde. Legítima expectativa de cobertura. Prova de atendimentos anteriores cobertos pelo convênio. Ausente qualquer prova de que a paciente foi previamente informada do descredenciamento do hospital. Ausente prova de oferecimento de orçamento prévio à autora. Violação ao dever de informação previsto no art. 6º, I, do CDC. Anulabilidade do contrato de prestação de serviços médico-hospitalares por erro essencial à qualidade do negócio jurídico. Artigos 138 e 139 do Código Civil. Hospital autor que não pode cobrar pelo atendimento particular após iniciar o atendimento à paciente, sem informá-la previamente da negativa de cobertura pelo plano e dos valores dos serviços pela via particular. Cobrança indevida. Denúnciação da lide prejudicada. Sentença reformada. Recurso provido.

Trata-se de recurso de apelação contra a sentença por meio da qual, nos autos de ação de cobrança, foi julgada procedente a pretensão principal, condenando-se a ré ao pagamento dos valores cobrados pelo nosocômio autor, de R\$1.769,67, com correção monetária pela tabela do TJSP, desde o vencimento, e juros de mora a partir da citação. Ademais, a ré foi condenada ao pagamento de custas e despesas processuais, além de honorários fixados em R\$ 750,00, nos termos do art. 85, § 8º, do Código de Processo Civil. Por sua vez, na denunciação da lide, foi julgada procedente a pretensão para condenar a denunciada a reembolsar a ré pelos valores pagos à autora, nos limites do contrato, admitida a compensação. Pela sucumbência recíproca, as partes foram condenadas ao pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários fixados em 10% das respectivas sucumbências (fls. 402/408).

Inconformada, apela a ré. Faz síntese dos fatos. Alega que procurou atendimento médico no nosocômio autor, onde costumava ser atendida com cobertura do plano de saúde. Aduz que, após o início do atendimento, foi informada por preposto do hospital que o convênio não autorizara a cobertura requerida. Alega que o hospital autor aproveitou-se de sua situação de vulnerabilidade para incluir, na ficha de atendimento, contrato de adesão que classifica como leonino, para ser assinado conjuntamente, como se fosse ficha de admissão do paciente. Narra que, mesmo enferma, deixou o Hospital Santa Isabel e procurou outro hospital, onde concluiu o atendimento, o que indica sua boa-fé. Alega que não foi informada pelo plano de saúde do descredenciamento do hospital Santa Isabel. Requer, ao final, a reforma da sentença, para que seja julgada improcedente a demanda (fls. 411/418).

Houve respostas (fls. 422/425 e fls. 426/429).

É o relatório.

O recurso comporta provimento.

Inicialmente, esclarece-se que não cabe à denunciada, por meio

de contrarrazões, impugnar a conclusão alçada pelo Juízo *a quo* quanto à demanda secundária, buscando o afastamento de sua condenação. Para alterar o julgado quanto a esse respeito, deveria a apelada ter manejado o recurso cabível, dentro do prazo legal, motivo pelo qual não serão analisadas suas alegações.

Afasta-se, também, a preliminar de ausência de dialeticidade arguida pela Irmandade de Santa Casa de Misericórdia em contrarrazões, pois as razões recursais da apelante dialogam com a sentença de forma direta e suficiente.

Esclarece-se, também, que a relação entre as partes litigantes é de consumo, conforme artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, motivo pelo qual o caso será analisado à luz das normas consumeristas.

Alega a parte ré, em contestação, que sempre foi atendida no nosocômio autor por meio do plano de saúde, conforme documentos que acompanham a peça defensiva (fls. 141/146). Narra que, em 20/03/2020, procurou o Hospital Santa Isabel ao sentir mal-estar, e, após iniciado o atendimento, foi informada que o plano não havia autorizado a cobertura. Narra que, mesmo sem condições físicas, deixou o nosocômio autor e procurou o Hospital Metropolitano, onde concluiu o atendimento de que precisava (fls. 125/140).

É crível a versão dos fatos apresentada pela apelante, que demonstrou ter atuado conforme a boa-fé objetiva.

No caso em tela, a apelante demonstrou que o Hospital Santa Isabel, mantido pela apelada, era credenciado do seu plano de saúde, e que fazia uso frequente de seus serviços (fls. 141/146). Não é de se estranhar, portanto, que ela tenha procurado os serviços do nosocômio autor, em 20/03/2020, após sentir os sintomas narrados na inicial e constantes do seu prontuário.

O contrato de prestação de serviços hospitalares, por sua vez, apresentado pela parte autora, traz em seu bojo a seguinte cláusula: “*no caso de*

cobertura por convênio médico, fica concedido (sic) ao paciente a utilização do plano de assistência médica ou seguro saúde SUL AMÉRICA com o qual a contratada mantém convênio, ficando observado que as despesas não cobertas por este plano de assistência médica ou seguro saúde utilizado, serão de responsabilidade do contratante (sic)” (fls. 60/61).

Isso significa que a autora assinou o contrato **antes** de ser informada que o hospital em questão não era mais credenciado de seu plano de saúde, o que, por óbvio, influenciou na sua manifestação de vontade, elemento essencial para a validade dos negócios jurídicos.

Nota-se, pois, que a consumidora não foi devidamente informada do fato de que nenhum procedimento ali realizado seria custeado pelo plano de saúde, tampouco foi previamente informada dos valores que lhe seriam cobrados, o que viola frontalmente o dever de informação previsto no Código de Defesa do Consumidor:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

(...)

*III - a **informação adequada e clara** sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;*

(...)

A versão dos fatos apresentada pela apelante ganha credibilidade pelas provas apresentadas em contestação de que, no mesmo dia 20/03/2020, por volta das 17h, ela procurou atendimento no Hospital Metropolitano, queixando-se dos mesmos sintomas (fls. 125/140).

Conclui-se, pois, que a parte ré procurou os serviços do

nosocômio autor, assinando contrato de prestação de serviços hospitalares (fls. 60/61), com a legítima expectativa de que teria suas despesas custeadas pelo plano de saúde, sendo surpreendida, durante o atendimento, pela negativa de cobertura pelo plano, o que a motivou a procurar atendimento em outro local, desta vez da rede credenciada da denunciada.

Afinal, não vislumbraria razão para a apelante, conscientemente, procurar hospital fora da rede credenciada de seu plano de saúde e, após livremente contratar serviços hospitalares pela via particular, interromper o atendimento já iniciado para procurar outro hospital.

Aliás, não há nos autos qualquer prova de que a apelante estivesse previamente ciente do descredenciamento do Hospital Santa Isabel, o que é mais um elemento a indicar sua atuação conforme a boa-fé objetiva.

Não cabe, assim, qualquer cobrança direcionada à apelante, porquanto evidente o erro substancial quanto a qualidades essenciais do negócio jurídico realizado entre as partes (fls. 60/61), já que a apelante assinou o contrato acreditando, de forma legítima, que a autora fazia parte da rede credenciada de plano de saúde.

A esse respeito, há previsão no Código Civil:

*Art. 138. São anuláveis os negócios jurídicos, quando as declarações de vontade emanarem de **erro substancial** que poderia ser percebido por pessoa de diligência normal, em face das circunstâncias do negócio.*

Art. 139. O erro é substancial quando:

*I - interessa à natureza do negócio, ao objeto principal da declaração, ou a **alguma das qualidades a ele***

essenciais

II - concerne à identidade ou à qualidade essencial da pessoa a quem se refira a declaração de vontade, desde que tenha influído nesta de modo relevante;

III - sendo de direito e não implicando recusa à aplicação da lei, for o motivo único ou principal do negócio jurídico.

De mais a mais, não era irrazoável se exigir do nosocômio autor que buscasse a autorização do plano de saúde antes de iniciar o atendimento médico prestado à apelante, a fim de lhe garantir acesso a todas as informações necessárias à manifestação de vontade válida, apta a formar negócio jurídico sem vícios.

Afinal, é direito do consumidor ser informado do descredenciamento de hospitais e clínicas da rede do plano de saúde, com antecedência de trinta dias, nos termos do art. 17, *caput*, da Lei nº 9.656/98:

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

Como já fundamentado, não há nos autos qualquer prova da comunicação à apelante do descredenciamento do Hospital Santa Isabel.

Ainda que se alegue que tal responsabilidade caberia ao plano de saúde, não custa repetir que o hospital jamais poderia dar início ao atendimento sem

informar, de forma clara, se haveria cobertura pelo plano de saúde ou não. Ausente a cobertura pelo plano de saúde, caberia ao hospital informar à consumidora, de forma prévia, o valor do atendimento que lhe seria prestado.

Em situação similar, já decidiu este E. Tribunal:

Apelação. Ação de cobrança. Prestação de serviços hospitalares. Sentença de improcedência. Recurso do hospital autor que não merece prosperar. Cobrança de despesas hospitalares fundada em negativa de cobertura pelo plano de saúde pretendendo a responsabilização do paciente, nos termos do art. 1º, I, da Lei 9.656/1998. Autor que não comprovou o fato constitutivo de seu direito (art. 373, I, do CPC). Não comprovada na inicial a cobrança, valores cobrados e recusa do plano de saúde da paciente ré em arcar com os serviços prestados a ensejar sua responsabilidade. Hospital que foi procurado pela paciente para atendimento pela cobertura do plano de saúde. Hospital que tinha ciência inequívoca que havia sido descredenciado pelo plano de saúde nove dias antes do atendimento à paciente. Hospital que não informou a paciente sobre seu descredenciamento e não informou preços para eventual atendimento particular. Falha no dever de informação. Violação aos arts. 6º, III, e 31 do CDC. Prática abusiva (art. 39. VI, do CDC). Hospital que foi procurado para atendimento dentro da cobertura do plano de saúde, não se admitindo cobrança do paciente pelos valores cobrados de forma particular, sequer previamente informados, retirando do consumidor-paciente a opção de procurar outro hospital

*conveniado que não lhe geraria custo. Evidenciado que o hospital informava falsamente aos pacientes, do convênio que o descredenciou, que continuava credenciado e os pacientes poderiam optar pelo atendimento naquele estabelecimento. **Inadmissível cobrança do paciente, que não foi informado pelo hospital sobre seu descredenciamento ou recusa do plano de saúde, pretendendo posteriormente cobrar da paciente valores como atendimento particular (não informados previamente)**, superiores ao que receberia do convênio médico. Cobrança indevida. Sentença mantida. Honorários majorados. RECURSO DESPROVIDO (TJSP; Apelação Cível 1067638-61.2022.8.26.0002; Relator (a): L. G. Costa Wagner; Órgão Julgador: 34ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 29/07/2024; Data de Registro: 31/07/2024).*

Dessa forma, respeitado o entendimento do d. Magistrado sentenciante, a decisão comporta reforma, para que seja julgada improcedente a demanda, extinguindo-se o feito com análise de mérito, nos termos do art. 487, I, do Código de Processo Civil.

O acolhimento do recurso da ré implica a inversão do ônus de sucumbência, competindo à parte autora arcar com as custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios fixados em R\$ 1.500,00, nos termos do art. 85, § 8º, do Código de Processo Civil.

Prejudicada a denunciação da lide, deverá a denunciante arcar com honorários em favor do denunciado, ora fixados em R\$ 1.000,00, nos termos do art. 129, parágrafo único, do Código de Processo Civil.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Observe-se, contudo, a justiça gratuita concedida às partes no processo (fls. 81 e fls. 218).

Ante o exposto, *dá-se provimento* ao recurso.

ANA LÚCIA ROMANHOLE MARTUCCI

Relatora