



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000340934

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1104857-74.2023.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada CINTIA MARIA DE LIMA DINIZ.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 9ª 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 DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente sem voto), GALDINO TOLEDO JÚNIOR E ALEXANDRE LAZZARINI.

São Paulo, 7 de abril de 2025.

LUIS FERNANDO CIRILLO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

9ª Câmara de Direito Privado

Apelação nº 1104857-74.2023.8.26.0002

Juízo de origem: São Paulo - 5ª Vara Cível do Foro Regional II

Recorrente(s): Amil Assistência Médica Internacional S/A

Recorrido(a)(s): Cintia Maria de Lima Diniz

MM. Juiz(a) prolator(a) da decisão recorrida: Dr(a). Marina San Juan Melo

Voto nº 2.118

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Ação de SERVIÇOS DE SAÚDE. Ação de nulidade contratual. Sentença de improcedência. Negativa de cobertura do procedimento de osteoplastia de mandíbula. Inteligência das Súmulas 105 do E. TJSP e 609 do C, STJ. Ausência de prévio exame admissional. Ausência de má-fé por parte da segurada. Operadora de saúde que aceitou a contratação do seguro sem submeter a beneficiária a exames prévios, não pode, agora, se escusar da cobertura securitária sob a alegação de doença preexistente. Abusividade. Sentença mantida. Recurso improvido.

Trata-se de apelação interposta contra sentença de fls. 399/402, que apresenta o seguinte dispositivo *“Isto posto, julgo IMPROCEDENTE o pedido e extinto o feito, com resolução do mérito, nos termos do art. 487, I, do CPC. Sucumbente, arcará a parte autora com o pagamento das custas e despesas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 10% do valor da causa, devidamente atualizado, nos termos do art.85, parágrafo 2º, do Código de Processo Civil.”*

Pleiteia a parte recorrente autora a reforma da sentença (fls. 508/529).

Para tanto, sustenta, em síntese, que a omissão de uma condição de saúde preexistente distorce o cálculo de risco feito pela operadora no momento da contratação, o que impacta diretamente na precificação e no equilíbrio do contrato e, conseqüentemente, em todo o grupo de beneficiários. Aduz que a regulamentação da ANS estabelece que a Cobertura Parcial Temporária (CPT), prevista para limitar a cobertura de cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças ou lesões preexistentes, somente

pode ser aplicada com base nas informações prestadas pelo próprio beneficiário na Declaração de Saúde, ou seja, a operadora de saúde só poderá aplicar a CPT mediante o reconhecimento da condição preexistente pelo contratante. Sustenta que a Resolução nº 558/2022 da ANS, que regulamenta as normas relativas à Cobertura Parcial Temporária (CPT), prevê expressamente que o beneficiário deve informar à operadora de saúde qualquer doença ou lesão preexistente no momento da contratação. Argumenta que não há dúvida de que a apelante foi induzida a erro quando recebeu informações que não retratam a verdadeira condição de saúde da apelada, que, por sua vez, se beneficia ao não ser aplicada a CPT ao seu plano de saúde, em detrimento dos demais beneficiários. Requer o provimento do recurso para que seja reformada a sentença e julgada procedente a demanda.

O recurso foi preparado (fls. 530/531) e respondido (fls. 535/542), ocasião em que a apelada requer a manutenção da sentença.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso não comporta provimento.

Sobre o tema, dispõe a Súmula 105 deste Eg. 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”.*

E no mesmo sentido a Súmula 609 do Col. 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.”*

E como bem pontuado na r. sentença recorrida acerca do caso em comento: *“(…) Pois bem, não restou demonstrada nos autos a alegada fraude contratual cometida pela requerida, ônus do qual não se desincumbiu a parte autora. O RX panorâmico e Cefalometria Computadorizada, realizados em 26.08.22, por si sós, não indicam que a parte requerida tinha conhecimento da disfunção temporomandibular que a acometia no ato da contratação do plano de saúde. Outrossim, as alegações da requerida são corroboradas pelo relatório de cirurgião dentista, que atesta o tratamento ortodôntico a que foi submetida a autora, ocasião em que foi realizado o RX, no qual a requerente baseia suas alegações de fraude contratual, sendo a ela*

indicada consulta com Bucomaxilo. É dos autos que a requerida foi submetida a avaliação do cirurgião bucomaxilo facial apenas em 21.07.2023, ocasião em que o especialista constatou a necessidade de exames específicos, como a Ressonância Nuclear Magnética da ATM e Tomografia Computadorizada da Face, para a confirmação de patologia, conforme se extrai do relatório de fls.360. Ademais, a negativa de cobertura de tratamento de saúde por alegação de doença preexistente se mostra abusiva, visto que, por ocasião do preenchimento da Declaração de Saúde ela ré, não exigiu exames prévios do segurado.” (fls. 400/401).

Neste sentido o entendimento deste Eg. TJSP:

“Apelação – Plano de Saúde – Sentença de procedência – Apelo da ré – Operadora de saúde alega que o autor omitiu a existência da doença, quando da contratação do seguro - Inteligência das Súmulas 105 do E. TJSP e 609 do C. STJ - Operadora de saúde que aceitou a contratação do seguro sem submeter o beneficiário a exames prévios, não pode, agora, se escusar da cobertura securitária sob a alegação de doença preexistente – Abusividade configurada – Precedentes desta E. Corte Verba honorária majorada – Recurso não provido.” (TJSP; Apelação Cível 1013084-08.2024.8.26.0100; Relator (a): Domingos de Siqueira Frascino; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1); Foro Central Cível - 42ª Vara Cível; Data do Julgamento: 29/08/2024; Data de Registro: 29/08/2024).

Ou ainda:

“APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE – OBRIGAÇÃO DE FAZER – CIRURGIA BARIÁTRICA – SENTENÇA PARCIALMENTE PROCEDENTE – INCONFORMISMO DO PLANO DE SAÚDE - NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA - ALEGAÇÃO GENÉRICA DE NÃO ATENDIMENTOS AOS REQUISITOS DA RES. 428/2017 E AUSÊNCIA DE COBERTURA CONTRATUAL. AUSÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE

EXAME ADMISSIONAL. SÚMULA 105 DESTE TRIBUNAL. INDICAÇÃO MÉDICA - PROCEDIMENTO PREVISTO NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS E INDICAÇÃO DE DIVERSOS MÉDICOS AO CASO – OBESIDADE MÓRBIDA ACOMPANHADA DE COMORBIDADES. RELATÓRIO MÉDICO QUE INDICA IMC ACIMA DE 40KG/M2 E TRATAMENTO ANTERIOR COM MEDICAMENTOS, SEM SUCESSO. PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS DA DUT 27 DA ANS. COBERTURA OBRIGATÓRIA – PRECEDENTES DESTA CORTE. SÚMULA 102 DESTE TRIBUNAL - NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO.” (TJSP; Apelação Cível 1001246-93.2023.8.26.0006; Relator (a): Silvério da Silva; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VI - Penha de França - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/08/2024; Data de Registro: 23/08/2024).

Deste modo, não havendo prévio exame médico admissional por ocasião da contratação do plano de saúde, tampouco má-fé da seguradora, pelos motivos acima expostos, é de se concluir pela obrigação da operadora apelante de custear o procedimento prescrito à apelada pelo médico que o assiste.

ISTO POSTO, voto pelo IMPROVIMENTO do recurso, majorando-se para 15% do valor da causa os honorários advocatícios fixados em favor da parte vencedora.

LUIS FERNANDO CIRILLO
RELATOR