



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000350955**

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1003671-90.2023.8.26.0007, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, é apelada DAYSE LANE TORRES ALVES.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 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 Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 9 de abril de 2025.

**MÔNICA DE CARVALHO**

**Relatora**

Assinatura Eletrônica

Comarca: Foro Regional de Itaquera - Capital

Apelação n. 1003671-90.2023.8.26.0007

Apelante: NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A

Apelada: DAYSE LANE TORRES ALVES

Voto n. 12339

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame. Recurso de apelação interposto contra sentença que condenou a ré a pagar R\$ 5.000,00 por danos morais e a restituir valor de fatura paga. A autora necessitava de cirurgia urgente para tratamento de cálculo renal, mas teve o procedimento negado por alegação de carência contratual. A sentença foi parcialmente procedente, reconhecendo a urgência e a abusividade da negativa de cobertura. II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em determinar se a negativa de cobertura por parte do plano de saúde, sob alegação de carência contratual, em situação de urgência médica, é abusiva. III. Razões de Decidir. 3. A relação entre as partes é de consumo, aplicando-se o Código de Defesa do Consumidor. A negativa de cobertura em situação de urgência é abusiva, conforme artigos 12 e 35-C da Lei nº 9.656/98 e Súmulas 103 do TJSP e 597 do STJ. 4. A autora não foi adequadamente informada sobre a alegada carência contratual, e a situação configurava emergência médica, tornando a negativa de cobertura injusta e abusiva. IV. Dispositivo e Tese. 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura em situação de urgência médica é abusiva, mesmo em período de carência contratual. 2. A falta de informação clara sobre carência contratual impõe à operadora o ônus de provar o contrário. Legislação Citada: CF/1988, art. 196, art. 199; CDC, arts. 2º, 3º, 6º, III e VIII; Lei nº 9.656/98, arts. 12 e 35-C; CPC, art. 85, § 11. Jurisprudência Citada: TJ-SP, Apelação Cível: 1121240-61.2022.8.26.0100, Rel. Alcides Leopoldo, j. 29/02/2024; TJ-SP, Apelação Cível: 10087578620238260348, Rel. Erickson Gavazza Marques, j. 03/07/2024; STJ, AgInt no AREsp n. 2.385.422/MG, Rel. Min. Raul Araújo, j. 13/11/2023.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto para impugnar a sentença de fls. 255/261, cujo relatório adoto, que julgou procedente em parte o pedido inicial, para condenar a ré a pagar a quantia de R\$ 5.000,00, a título de indenização por danos morais, com juros e correção a partir desta data, e, ainda, para restituir à autora, de forma simples, o valor relativo ao pagamento da fatura vencida em 27/02/2023, com correção desde o desembolso (17/03/2023) e juros desde a citação.

Segundo a apelante-ré, a sentença merece ser

reformada, em síntese, alegando que não foi observada carência contratual, e que o quadro clínico da autora não revelava situação de urgência ou emergência, pelo que inaplicável o prazo legal de 24 horas (fls. 264/273).

Recurso tempestivo, preparado, e com apresentação de contrarrazões pela apelada (fls. 276/287).

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso não merece ser provido.

No caso concreto, a autora discute a necessidade de internação para realização de cirurgia para tratamento de um cálculo coraliforme no rim esquerdo. Narrou ter sido indicada a cirurgia de ureterorenolitotripsia flexível (esquerda), colocação de duplo J (esquerda) e dilatação de ureter (esquerda), nos termos do relatório médico, apontando o valor de honorários médicos em R\$ 28.500,00. Entretanto, os procedimentos não foram autorizados, pois o referido contrato encontrava-se em carência até a data de 28/04/2023. Asseverou que por ocasião da contratação do plano de saúde, não havia previsão de qualquer carência contratual para internação de urgência/emergência e, para internação clínica ou cirúrgica.

Em 17.03.2023 foi marcada a cirurgia, mas já no hospital, foi negado atendimento em face de um boleto não pago com vencimento em 13.02.2023 e/ou 27.02.2023, entendendo a autora que deveria ter sido cobrado apenas o valor proporcional de 30/01/2023 a 09/02/2023, mas que mesmo assim ela o pagou no dia da cirurgia. No mais, requereu a conversão da ação de obrigação de fazer em ação de reparação por danos morais e materiais.

Pois bem.

Convém ter em mente qual a natureza dos serviços prestados pelos convênios médicos. O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e garante a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Pelo texto constitucional, todos deveriam ter acesso a um serviço de saúde digno e eficiente prestado pelo Estado. É fato notório que o texto não espelha a realidade e as pessoas acabaram se socorrendo nos últimos anos de empresas que prestam esse serviço, autorizadas pelo artigo 199 também da Carta Magna. Assim, não deve escapar a nossa reflexão que a assistência médica é direito constitucional do cidadão e não pode ser equiparada a uma prestação de serviço qualquer, embora prestada por empresas privadas que substituem a ação estatal.

Feita tal consideração, evidente que a relação jurídica travada entre as partes é de consumo, na qual os segurados são destinatários finais de serviços de assistência médica. Destarte, as partes se enquadram perfeitamente nos conceitos de consumidores e fornecedores estatuidos pelo Código de Defesa do Consumidor (artigos 2º e 3º da Lei 8.078/90).

Ainda, invoca-se a Súmula 608 do C. Superior Tribunal de Justiça: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”*

O relatório médico de fls. 66/67 dá conta de que havia uma situação de urgência, já que se estava diante da necessidade de tratamento de cálculo renal. Também, não foi comprovado que a autora havia recebido informação adequada e clara sobre a incidência do período de carência (art. 6º, III, do CDC), como sustentado pela ré, não bastando a apresentação de tela sistêmica unilateral em que consta a referida data, já que a autora informa que contratou ciente de que não havia período de carência, e que chegou a se certificar dessa circunstância junto à corretora de saúde, sendo certo que o pedido do hospital foi feito com anotação de inexistência de período de carência (fl. 70), não podendo o julgador, diante de informação unilateral, deixar de acolher declaração verossímil do consumidor, o que impunha à ré o ônus de provar o inverso (art. 6º, VIII, do CDC).

Fato é que a autora se encontrava em inequívoca emergência médica, tornando abusiva a negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde sob a alegação de que o contrato está em período de carência à luz dos artigos 12 e 35-C, da Lei nº 9.656/98, esse último artigo, *in verbis*:

*“É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente”.*

Nesse sentido, colaciona-se a Súmula 103 deste E. Tribunal de Justiça de São Paulo:

*“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.”.*

Ora, negar ou restringir o atendimento ou procedimento cirúrgico impondo carência em caso de urgência/emergência coloca o consumidor em franca desvantagem, ferindo ainda o princípio da boa-fé, sendo nula toda e qualquer estipulação nesse sentido.

Dispõe 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.”*

Portanto, a alegação da apelante não prospera, haja vista que a recusa se deu por motivo injusto, restando configurada a responsabilidade da ré pelos danos verificados pela grave falha na prestação de serviço.

Sobre o tema, este E. Tribunal de Justiça exorta o seguinte entendimento:

*PLANO DE SAÚDE – Dano Moral - Recusa de cobertura de procedimento de curetagem em razão de abortamento incompleto, sob alegação*

*de prazo de carência – Situação de emergência – Prazo de carência afastado – Consumidor - Inteligência do art. 35-C da Lei n. 9.656/98 e das Súmulas 103 do TJSP e 597 do STJ – Dano moral caracterizado – Recurso desprovido. (TJ-SP - Apelação Cível: 1121240-61.2022.8.26 .0100 São Paulo, Relator.: Alcides Leopoldo, Data de Julgamento: 29/02/2024, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 29/02/2024);*

*APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE – DECLARATÓRIA DE INEXISTÊNCIA DE DÉBITO C.C. INDENIZATÓRIA – ABORTO ESPONTÂNEO – NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – 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 - SENTENÇA MODIFICADA EM PARTE – RECURSO DA AUTORA PROVIDO E DA RÉ NÃO PROVIDO. (TJ-SP - Apelação Cível: 10087578620238260348 Mauá, Relator.: Erickson Gavazza Marques, Data de Julgamento: 03/07/2024, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/07/2024).*

Em relação aos danos morais, é necessário destacar que o C. Superior Tribunal de Justiça já decidiu que nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência há configuração de danos morais indenizáveis. Vejamos:

*“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSOESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. QUANTUM INDENIZATÓRIO ARBITRADO COMPROPORCIONALIDADE. CONSONÂNCIA DO ACÓRDÃO RECORRIDO COMA JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNODESPROVIDO. 1. 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. Súmula 597/STJ. 2. Ademais, “a jurisprudência desta Corte é no sentido de que o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência, segundo entendimento jurisprudencial desta Corte, há configuração de danos morais indenizáveis” (AgInt no REsp 1.838.679/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 03/03/2020, DJe de 25/03/2020). 3. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente pode ser revisado em sede de recurso especial quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) não se mostra exorbitante nem desproporcional aos danos sofridos em decorrência da negativa ilegítima de cobertura de tratamento para câncer em caráter de emergência/urgência, tendo em vista o risco à vida e à saúde da paciente. 4. O entendimento adotado no acórdão recorrido coincide com a jurisprudência assente desta Corte Superior, circunstância que atrai a incidência da Súmula 83/STJ. 5. Agravo interno a que se nega provimento.” (AgInt no AREsp n. 2.385.422/MG, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 13/11/2023, DJe de 21/11/2023.). 27.04.2010) - Destaquei.*

Sendo assim, a condenação ao pagamento de indenização por danos morais deve ser mantida, uma vez que os transtornos suportados pela autora, diante da indevida negativa de cobertura em situação de urgência médica, extrapolaram o mero aborrecimento cotidiano, atingindo diretamente a esfera da dignidade e da integridade psíquica, especialmente em momento de fragilidade e vulnerabilidade emocional. Ademais, o valor arbitrado na sentença observa os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, atendendo ao caráter compensatório do dano, sem se afastar dos parâmetros usualmente adotados pela jurisprudência em casos análogos, razão pela qual não se justifica sua modificação em sede recursal.

Em relação à cobrança, fica claro que houve duplicidade, já que foi imposta uma cobrança no dia 13 e outra no dia 27, no mesmo mês de fevereiro/2023, obrigando a autora a, no dia da cirurgia, quitar o segundo boleto. Não há sequer irresignação recursal quanto ao fato, pelo que, considerando sua existência, também fica clara a situação de recusa indevida à cobertura contratual que leva à imposição de danos morais.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, imponho honorários sucumbenciais e recursais no importe de 15% sobre o valor atualizado dado à causa, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, além da responsabilidade pelas custas e despesas processuais. Anoto que os presentes honorários substituem aqueles que foram fixados em primeiro grau de jurisdição.

Posto isso, **nego provimento** ao recurso.

**MÔNICA DE CARVALHO**

Relatora