



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000359103

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1134685-78.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante IVETE ALVES SANTANA, é apelado PREVENT SENIOR CORPORATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA.

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), CESAR MECCHI MORALES E COSTA NETTO.

São Paulo, 10 de abril de 2025.

VITO GUGLIELMI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 65.149

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1134685-78.2024.8.26.0100

RELATOR : DESEMBARGADOR VITO GUGLIELMI
APELANTE : IVETE ALVES SANTANA
APELADA : PREVENT SENIOR CORPORATE OPERADORA DE SAÚDE
LTDA
COMARCA : SÃO PAULO / FORO CENTRAL – 43ª VARA CÍVEL

PLANO DE SAÚDE. PEDIDO DE COBERTURA DE DESPESAS HOSPITALARES ASSOCIADAS A CIRURGIA PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA. HOSPITAL PRETENDIDO PELA AUTORA – HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA – QUE NÃO INTEGRA A REDE CREDENCIADA DA RÉ PARA O PROCEDIMENTO VINDICADO. COBERTURA QUE, EMBORA, EM TESE, DEVIDA, DEVE RESTRINGIR-SE AOS HOSPITAIS INTEGRANTES DA REDE CREDENCIADA DA RÉ, SOB PENA DE AFRONTA À SEGURANÇA JURÍDICA E À AUTONOMIA DE VONTADE DAS PARTES NO CONTRATO. AÇÃO IMPROCEDENTE. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO.

1. Trata-se de recurso de apelação, tempestivo e bem processado, interposto contra sentença que julgou improcedente ação de obrigação de fazer relativa a contrato de plano de saúde proposta por Ivete Alves Santana contra Prevent Senior Corporate Operadora de Saúde Ltda.

A autora propôs a ação narrando, em suma, que é beneficiária do plano de saúde operado pela ré e foi diagnosticada com múltiplos aneurismas, após realizar exames de ressonância magnética, sendo-lhe indicada tratamento de “microcirurgia vascular intracraniana clipagem aneurismática”, a ser realizada no Hospital Beneficência Portuguesa, conveniada da requerida para internações eletivas. No entanto, ainda que a Junta Médica da ré tenha concluído pelo fornecimento dos materiais (e aceito pela equipe médica particular da autora), o procedimento foi autorizado para o Hospital Sancta Maggiore Dubai, hospital diverso daquele que atende a equipe médica contratada pela demandante. No entanto, a ré insiste na realização do procedimento em sua rede própria, que contaria com todos os equipamentos e infraestrutura necessária. Assim, defende que tal mensagem equivaleria a uma “verdadeira negativa tácita da ré”, que nega cobertura em hospital credenciado. Pediu a condenação da ré à liberação de senha para cobertura da cirurgia que lhe foi indicada, a ser realizada no Hospital Beneficência Portuguesa, no prazo de 24 horas sob pena de multa diária e, ao final, tornar definitiva a tutela de urgência, condenando-a aos ônus da sucumbência.

Deferiu-se a tutela de urgência pleiteada, sob pena de constrição via SISBAJUD (fl. 257), cumprida em 30 de agosto de 2024 (fl. 489).

A douta magistrada sentenciante (fls. 579/582) julgou improcedente o pedido da autora. Observou, inicialmente, ser incontroversa a necessidade de a autora submeter-se a cirurgia que, em nenhum momento, foi negada pela requerida, que teria autorizado o procedimento em hospital da rede própria, e não no nosocômio escolhido pela autora, desde a primeira solicitação. Entendeu o magistrado ser legítima a conduta da ré no caso narrado.

Opostos embargos de declaração (fls. 586/588), foram eles rejeitados (fl. 589)

Inconformada, apela a autora (fls. 592/607), alegando, em resumo, que consultado o site do Hospital Beneficência Portuguesa, o aludido nosocômio constava como hospital credenciado de seu plano. Nesse sentido, diz que não recebeu um guia médico da ré, “ficando sujeita a consulta no site, cujos dados podem ser alterados a bel prazer da apelada, sem conhecimento da

apelante e demais beneficiários”. Ressalta que, desde o início, foi informado que a cirurgia ocorreria no hospital escolhida por ela, e que não teria recebido informação de que não haveria cobertura para o seu procedimento; ademais, a ré só teria exigido exames e preenchimento de documento responsabilizando-se pelo pagamento particular da equipe médica, não mencionando em nenhum momento que haveria cobertura apenas para transplante de medula óssea, o que veio a tomar conhecimento apenas com o ajuizamento da presente ação. Assim, incontestável que houve, no caso, “violação ao direito de informação clara e adequada, diante da confirmação pelo Hospital Beneficência Portuguesa de que seu contrato de credenciamento com a apelada é apenas para realização de transplante de medula óssea”. No mais, alega que as informações sobre a rede credenciada, agora lançadas em sites ou aplicativos, podem ser “alteradas a qualquer momento, sem que o beneficiário seja previamente avisado, como tem ocorrido com frequência”, além da dificuldade em obter tais informações, por se tratar de beneficiária idosa. Informa que todos os e-mails, que retratariam a ausência de informação clara quanto ao nosocômio, sequer foi impugnada pela apelada. Colaciona jurisprudência em seu favor e conclui pela reforma.

Processado o recurso (fl. 611), vieram aos autos as contrarrazões (fls. 614/622).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

2. No mérito, cuida-se de ação de obrigação de fazer em que a autora pleiteia a cobertura dos custos hospitalares no Hospital Beneficência Portuguesa para a realização de cirurgia para tratamento de aneurisma, de que a autora necessitava.

Segundo a requerente, a cobertura desses procedimentos no hospital pleiteado haveria sido negada pela operadora de plano de saúde, sob o fundamento de que o Hospital Beneficência Portuguesa não integraria sua rede credenciada para o procedimento indicado (“microcirurgia vascular intracraniana clipagem aneurismática”).

Ocorre que, ao negar a cobertura buscada pela

autora, a operadora ré agiu em exercício regular de direito, uma vez que o plano de saúde gozado pela autora não tinha, em sua rede credenciada, o hospital desejado (não para o procedimento em comento).

Em primeiro lugar, não se controverte nos autos que a cobertura do procedimento cirúrgico em si era, em tese, devida; o que resta apreciar é se, ainda que devida, efetuada a cirurgia fora da rede credenciada, faria a autora jus a algum reembolso.

E a resposta só pode ser negativa.

A matéria debatida nos autos não é nova e comporta vários entendimentos. Existem decisões em todos os sentidos, dependendo, é certo, da postura que o julgador adota em relação à manifestação de vontade nos contratos.

De toda sorte, e como sempre tenho me posicionado sobre o tema, é preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato, sob pena de, com base no Código de Defesa do Consumidor, criar-se um verdadeiro direito não escrito e não pactuado, ao sabor das interpretações subjetivas das partes e do próprio Poder Judiciário.

O que não se pode deixar de reconhecer é que os planos de saúde, sejam os de prestação de serviço, sejam os de seguro médico, são atividades econômicas exercidas por empresas, e que, portanto, buscam, como resultado dessa atividade, um lucro.

Posta assim a questão, é certo que o contrato é tipicamente de seguro, não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas de responsabilidade. Até porque o prêmio pago guarda nítido cálculo atuarial em relação ao risco assumido.

O que não se deve permitir, *o que é bem diferente*, com base no Código do Consumidor, é apenas a presença de cláusulas dúbias, omissas ou abusivas.

Limitar a responsabilidade em função do prêmio é o procedimento normal em qualquer contrato de seguro. Não impressionam, com todo o respeito que nos merecem, os argumentos de que se justapõem direitos

diversos (patrimônio e vida) e, portanto, toda solução deve ser dirigida à parte, ao menos em princípio, hipossuficiente no contrato.

Planos de saúde existem vários e com as mais diversas coberturas. E, obviamente, cada qual tem seu preço.

Na medida em que, sob o apanágio do Código do Consumidor, se igualam, por força de decisões, os riscos assumidos, duas situações surgem, necessariamente. A primeira, direcionada à seguradora, a inviabilizar a atividade econômica. A segunda, direcionada a todos os consumidores, agravados no prêmio, pela verdadeira “socialização” dos eventuais prejuízos. Permite-se antever, sem dificuldade, que será mais cômodo optar pelos planos de menor prêmio e depois buscar o afastamento de todas as limitações.

Ainda que moral ou eticamente sejam defensáveis alguns posicionamentos, com eles o direito, no mais das vezes, não se compadece. Na medida em que se despreza a autonomia da manifestação de vontade, cria-se a insegurança jurídica, desrespeita-se o ato jurídico perfeito e acabado (C.R., artigo 5º, inciso XXXVI). E nada, no estado de direito, é mais grave.

O Poder Judiciário não pode criar obrigações contratuais inexistentes. Pode – e *deve* – coibir o abuso do direito. Não o uso regular, dentro dos princípios constitucionais. Isso só se defere à própria lei.

Nunca é demais ressaltar que a prestação ilimitada de *assistência à saúde* é dever do Estado, por expressa disposição constitucional (artigo 196 desse mesmo diploma), e não dos particulares, no exercício da livre atividade econômica.

Portanto, e se o Estado não cumpre – como deve e deveria – esse dever, certamente não é transferindo aos particulares esse ônus que as dificuldades serão superadas.

Sucedo que a requerente realizou o procedimento cirúrgico *fora da rede credenciada*, sem que haja qualquer prova de que não houvesse profissionais e hospitais integrantes da rede credenciada aptos a realizar os procedimentos pretendidos pela autora (que, aliás, foi autorizado pela ré, diga-se de passagem, em rede própria).

Nesse sentido, observa-se que a informação prestada às fls. 04 e 595 não se originaram do site (ou aplicativo) *da operadora de saúde*, mas do suposto credenciado (Beneficência Portuguesa); ademais, em que pese haver previsão de cobertura para “internação eletiva”, há uma nota de rodapé (constante apenas de fl. 595) a qual informa que a internação se dá “**mediante autorização da Prevent Senior**”.

Portanto, ainda que inicialmente a beneficiária pudesse ser levada a concluir que *toda e qualquer internação eletiva é autorizada pela requerida naquele hospital*, em verdade tal internação só será efetivamente realizada (segundo a nota) caso *a requerida autorize o procedimento*.

E ao contrário do que alega a apelante, não houve violação ao direito de informação no caso narrado.

Ora, da leitura atenta dos e-mails e mensagens trocados entre as partes, a preposta da ré, em 26 de junho de 2024, *solicita* uma série de documentos (fl. 79) para *dar continuidade* à análise de autorização do procedimento; posteriormente, o cônjuge da autora menciona que *solicita autorização de cirurgia na BP* (fl. 82) e indica os nomes dos médicos que compõem a equipe médica, além de enviar a lista de OPMEs. O atendente indica, expressamente, que os documentos foram enviados para equipe responsável, para continuar com a análise da documentação.

Nesse sentido, - ressalvado entendimento contrário – a mera solicitação de cirurgia em nosocômio específico (ainda que, em tese, credenciado, conforme o site do Hospital Beneficência Portuguesa), não é *garantia* de que o procedimento ali se realizaria.

Ademais, a apelante deixou de mencionar que, dias antes (21 de junho de 2024), seu esposo, ao solicitar orçamento dos honorários da equipe médica (fl. 98), ao que parece, também teria solicitado orçamento do hospital, recebendo a resposta da clínica Neurocare no dia 25 daquele mês (um dia antes de iniciar as tratativas com a requerida), além do pedido de solicitação de cirurgia (então em mãos da Neurocure), para que *tentasse* “a liberação [do Hospital Beneficência Portuguesa] junto a Prevent Senior” (fl. 97).

Portanto, ao que parece, pelo teor das mensagens trocadas entre ele e a Neurocure dias antes do aludido requerimento, o cônjuge da

recorrente (Sr. Lúcio) teria, de alguma forma, ciência de que a solicitação realizada junto à requerida poderia ser “negada” (leia-se: custeada em hospital da rede própria).

Ressalte-se, ainda, que mesmo sendo solicitada a autorização do procedimento no hospital almejado, a ré só teria autorizado o procedimento (em rede própria), apresentando sugestões de datas para realização da cirurgia após o entendimento da Junta Médica ser aceita pelo médico que acompanha a recorrente, o que veio a ocorrer no dia 26 de julho de 2024 (fl. 108).

No mais, ainda que a apelante veio a saber que a cobertura do hospital desejado não contemplava o procedimento a ela prescrito, é certo que não houve, efetivamente, o cometimento de ato ilícito por parte da ré.

Ao que parece, portanto, a autora busca cobertura a que, nos termos do contrato, não faz jus.

Daí a improcedência de seu pedido.

Nesse sentido o entendimento jurisprudencial:

“Seguro saúde. Internação eletiva. Validade e eficácia. Restrição que se apresenta clara e precisa, sem subterfúgio gramatical. Apelo desprovido”

(TJSP – Ap. Cível n. 340.306-4/1 – São Paulo – 4ª Câmara de Direito Privado – Rel. Natan Zelinschi de Arruda – j. 18.03.2004).

“Ação cominatória – Plano de saúde – Ressarcimento de despesas em hospital não credenciado – Embargada que não pode responder pelos custos da internação em hospital não credenciado – Familiares do paciente que dispunham de estabelecimentos conveniados que

foram deixados de lado – Pretensão da ré, no seu apelo, de liberação da conta da UTI após o 15º dia de internação do hospital credenciado, que deveria mesmo ser acolhida – Cláusula pactuada que não pode ser considerada abusiva, ainda que restritiva – Inteligência dos artigos 51 e 54, § 4º, do CDC – Embargos rejeitados”

(TJSP – Emb. Inf. n. 104310-4/0-01 – São Paulo – 3ª Câmara de Direito Privado – Rel. Flávio Pinheiro – j. 13.02.2001).

“Seguro-saúde – Ação cominatória – Pagamento das despesas com internação de paciente em hospital descredenciado – Impossibilidade – Validade da cláusula contratual que prevê a cobertura de emergências em locais credenciadas – Sentença confirmada – Apelo não provido”

(TJSP – Ap. Cível n. 61.300-4/0 – São Paulo – 1ª Câmara de Direito Privado – Rel. Alexandre Germano – j. 26.10.1999).

Nada mais é preciso dizer.

Com o resultado, deixo de majorar os honorários advocatícios, já fixados em seu patamar máximo.

3. Nestes termos, nega-se provimento ao recurso.

Vito Guglielmi

Relator