



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

2025.0000355818

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1011165-98.2022.8.26.0020, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelado DEBORA DE MELO SILVA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento ao recurso, por maioria de votos, de conformidade com o voto da relatora designada, que integra este acórdão. Vencido o relator sorteado, que declara.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores CORRÊA PATIÑO, vencedor, GIFFONI FERREIRA, vencido, ALVARO PASSOS (Presidente), HERTHA HELENA DE OLIVEIRA E JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES.

São Paulo, 10 de abril de 2025.

ANA PAULA CORRÊA PATIÑO
Relatora Designada
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº 1011165-98.2022.8.26.0020

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelado: Debora de Melo Silva

MM. Juiz de Direito: Rodrigo de Oliveira Carvalho

Comarca de São Paulo - Foro Regional Nossa Senhora do Ó - 7ª Vara

Cível

Voto nº 5937

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE NULIDADE CONTRATUAL.

I. CASO EM EXAME

1. Apelação interposta pela Autora contra a r. sentença que julgou improcedente a ação.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão se resume ao debate suscitado pela Operadora quanto a ocorrência de suposta fraude em virtude da constatação de histórico de doenças preexistentes não declaradas quando da contratação do plano de saúde.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. Inteligência da Súmula nº 609 do C. STJ e da Súmula nº 105 do E. TJSP. 4. Exame médico admissional que poderia ter sido exigido pela Operadora à época, todavia, não foi realizado. 5. Inexistência de demonstração de má-fé do beneficiário, sendo impossível a sua mera presunção. 6. Precedentes desta Corte.

IV. DISPOSITIVO E TESE

7. SENTENÇA MANTIDA – RECURSO NÃO PROVIDO.

Tese de Julgamento: “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”.

Vistos.

Adotando o relatório do voto nº 50.821, do i. Des. Giffoni Ferreira, com a devida vênua apresento voto divergente, para negar provimento ao recurso interposto.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de e-fls. 410/414 que **julgou improcedente** Ação de Nulidade Contratual ajuizada por Amil Assistência Médica

Internacional LTDA, ora Apelante, contra Debora de Melo Silva, ora Apelada, nos seguintes termos: *“Ante o exposto, JULGO IMPROCEDENTE a presente ação de nulidade contratual ajuizada por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A contra DEBORA DE MELO SILVA. (...) A ré, sucumbente na ação de nulidade contratual, arcará com as custas, despesas processuais e honorários advocatícios que fixo em 10% sobre o valor da causa”*.

Foram opostos Embargos de Declaração pela Ré (e-fls. 418), os quais foram rejeitados pelo Juízo Singular (e-fls. 448).

Em suas razões de apelação (e-fls. 423/436), insurge-se a Autora, sustentando que a Ré cometeu fraude por omissão de doença preexistente e agiu de má-fé no caso concreto. Destaca que a Ré já possuiria ciência da doença quando contratou o plano de saúde em setembro de 2021 e não compartilhou essa informação para não ter que cumprir o período de Cobertura Parcial Temporária. Aduz a impossibilidade de custear procedimento relacionado a doença preexistente. Requer a reforma da r. sentença para que a ação seja julgada procedente e o contrato entre as partes, cancelado.

Contrarrazões da Apelada pelo não provimento ao recurso (e-fls. 443/455).

O recurso foi regularmente processado e preparado, sendo ele tempestivo.

É o relatório, adotado, quanto ao restante, o da sentença apelada.

Reportando-me ao relatório do Excelentíssimo Desembargador Relator, divirjo do entendimento esposado no voto condutor. Com todo o respeito ao posicionamento, o apelo não merece provimento.

Fundamento e decido.

Cuida-se de ação em que a Autora, Operadora de Saúde, alegou que a Ré contratou o seu convênio médico e, todavia, no momento do preenchimento do formulário, ocultou doença preexistente, afirmando que gozava de plena saúde. Informou que, após apenas nove meses de contratação, a Ré requereu a autorização para realização de Osteoplastia ou discectomia percutânea para tratamento de lombalgia intensa de longa data (e-fls. 313), salientando que a Ré já tinha conhecimento da doença desde maio/2021, quando realizou exame de ressonância magnética da coluna lombossacra (e-fls. 314).

Salientou que, após entregar o Termo de Comunicação à Beneficiária, facultando a Ré a opção de retificação de declaração de saúde, ela se manteve inerte.

A Ré rebateu os argumentos autorais alegando que não tinha conhecimento da doença em 01/09/2021, data de assinatura do contrato com a Autora, e que o exame de ressonância magnética juntado pela Ré (e-fls. 314) não possui diagnóstico claro aos olhos do consumidor leigo, mas tão somente análise da coluna da paciente. Afirma que o único documento que indica a necessidade de tratamento cirúrgico é datado de 23/07/2022 (e-fls. 313).

Pois bem.

Em que pese as irresignações da Apelante, razão não assiste a ela.

Sabidamente, *“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”* (Súmula 609, C. STJ), e *“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” (Súmula 105, E. TJSP).

Da análise dos elementos constantes dos autos, verifico que, à época da contratação do plano de saúde avençado, não foi exigido exame médico admissional.

Neste sentido, como bem observado pelo Juízo Singular, *“A prova produzida nos autos, portanto, é insuficiente para comprovar a declaração falsa da ré na ocasião da formação do contrato, e a autora, intimada a especificar provas, pugnou pelo julgamento antecipado (fls. 407/408).*

Vale repisar que a má-fé não pode ser presumida, e que a relação jurídica entre as partes é de consumo.

Nessa linha, somente quem detinha a capacidade técnica de comprovar a ciência da ré acerca da sua condição de saúde antes mesmo da celebração do contrato era a autora, exigindo, por exemplo, exames e relatórios médicos prévios à celebração do contrato, o que não ocorreu” (e-fls. 412).

Respeitadas suas particularidades, vale destacar o posicionamento desta E. 2ª Câmara de Direito Privado por ocasião do julgamento de situações análogas ao caso concreto:

“APELAÇÃO CÍVEL. Plano de saúde requerente que pretende o cancelamento do contrato por fraude no relatório de saúde no ato da contratação. Existência de doença preexistente que não foi comprovada. Autora que não se desincumbiu de provar o fato constitutivo de seu direito (Código de Processo Civil, artigo 373, inciso I). Negativa de cobertura, que é abusiva. Boa-fé que se presume. Exames admissionais que não foram exigidos

(Súmula nº 105 do TJSP e 609 do C.STJ). R. sentença de improcedência mantida. Recurso improvido” (Ap. Cív. nº 1013582-57.2023.8.26.0127; 2ª Câmara de Direito Privado do TJSP; Rel. José Joaquim dos Santos, em 19/08/2024).

“PLANO DE SAÚDE. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER. NEGATIVA DE COBERTURA. PRAZO DE CARÊNCIA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INCONFORMISMO DA RÉ NÃO ACOLHIDO. PRELIMINAR. CERCEAMENTO DE DEFESA. REJEIÇÃO. Existência de indicação médica para o tratamento. Questão controvertida restrita à cobertura contratual. Matéria eminentemente de direito, que dispensa dilação probatória. MÉRITO. Período de carência que não subsiste diante da gravidade do quadro. Inteligência dos artigos 12, V, c e 35-C, II, da Lei nº 9.656/98, das Súmulas nº 95, 103 e 105 deste E. Tribunal e nº 597 do STJ. Precedentes. A recusa de cobertura, 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. Súmula nº 609 do STJ. Honorários majorados em 5% (art. 85, §11, CPC). RECURSO DESPROVIDO” (Ap. Cív. nº 1012905-28.2021.8.26.0602; 2ª Câmara de Direito Privado do TJSP; Rel. Fernando Marcondes, em 15/03/2024).

Assim, a r. sentença apelada não se mostrou despropositada, devendo ser mantida em sua integralidade.

Em virtude do resultado do julgamento, mantenho a determinação de que a Ré arcará integralmente com o pagamento das custas e despesas processuais, bem como dos honorários advocatícios



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

arbitrados em favor dos patronos da Autora, ora majorados para 12% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, §§ 2º e 11, do CPC.

Ficam as partes cientificadas de que o julgamento dos embargos de declaração, eventualmente opostos em face do presente acórdão, será realizado nos termos da Resolução nº 549/2011, do Órgão Especial desta Corte, publicada no DJe de 25 de agosto de 2011, facultada a manifestação contrária, em 10 (dez) dias.

Para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o entendimento pacificado pelo C. Superior Tribunal de Justiça de que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (STJ).

Isto posto, por meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, nos termos da fundamentação.

CORRÊA PATIÑO
Relatora Designada

Apelação Cível nº 1011165-98.2022.8.26.0020

DECLARAÇÃO DE VOTO Nº 50821

Dissinto respeitosamente da d. Maioria.

Com efeito, existe luminoso Voto do Des. ALVARO PASSOS, desta Câmara, que consagra a inviabilidade de o Segurado proceder com malícia ocultada a condição de obesidade mórbida quando do ajuste (Voto nº 43.133 de julho de 2023); ali S.Exa. consagrou a inviabilidade de conduta maliciosa do contratante, que omitiu declarações importantes aquando da contratação.

Aplica-se aqui a lição; a Apelada detinha conhecimento da doença que a afligia, e isso não foi revelado na oportunidade da contratação; afigura-se irrelevante o fato de a cirurgia haver sido necessária após da celebração do ajuste, pois o que invalida o contrato é o fornecimento de dados que puderam influenciar na celebração e isso aqui foi plenamente constatado, e até mesmo confessado.

A circunstância da inexistência do exame prévio não pode invalidar a má-fé com que obrou a Apelada, equivocada a apreciação judicial a respeito do exame realizado (fls.412) pois que as contra-razões atestam que a apelada não realizou esse exame, irrelevante inexistência de informação clara na peça de fls.314, pois o que importa é que não fôra dito nada a respeito e aqui não há malícia presumida, senão comprovada, pelas declarações falsas.

Assim, tem-se que até mesmo na oportunidade de retificar as declarações, ainda assim a Apelada não aproveitou o momento persistindo nas inverdades declaradas, coisa que invalida o ajuste, suficiente a prova dos autos a respeito, pelo que o pleito exordial é procedente.

Para tais fins, pois, por minha decisão, DEFERIA-SE PROVIMENTO ao recurso, nulificada a contratação para todos os fins e efeitos de direito, repelida a pretensão da Segurada por ressarcimento, invertida a sucumbência.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

L. B. Giffoni Ferreira



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Este documento é cópia do original que recebeu as seguintes assinaturas digitais:

Pg. inicial	Pg. final	Categoria	Nome do assinante	Confirmação
1	7	Acórdãos Eletrônicos	ANA PAULA CORREA PATINO	2A56FA03
8	9	Declarações de Votos	LUIZ BEETHOVEN GIFFONI FERREIRA	2A5AF19C

Para conferir o original acesse o site:

<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/sg/abrirConferenciaDocumento.do>, informando o processo 1011165-98.2022.8.26.0020 e o código de confirmação da tabela acima.