



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000361366

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1144514-20.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, é apelado FATIMA ALBERTO CHADA SOLLITO PESTILLI.

ACORDAM, em 2ª 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 Exmos. Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente) E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 8 de abril de 2025.

FERNANDO MARCONDES

RELATOR

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Apelação: 1144514-20.2023.8.26.0100

Apelante: Notre Dame Intermédica Saúde S/A

Apelada: Fátima Alberto Chada Sollito Pestilli

Comarca: São Paulo - 1ª Vara Cível do Foro Central

Magistrado de origem: André Menezes Del Mastro

Voto nº 11439

EMENTA: APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. DOENÇA PREEXISTENTE. COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO DE EXAMES. NÃO PROVIMENTO.

I. Caso em exame

1. Apelo interposto contra sentença que condenou a operadora de saúde a autorizar e custear integralmente procedimento médico prescrito, confirmando tutela de urgência. A operadora alega ausência de cobertura contratual devido a patologia preexistente não informada, devendo ser aplicada a Cobertura Parcial Temporária (carência de 24 meses).

II. Questão em discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar se a negativa de cobertura por parte da operadora de saúde, sob alegação de doença preexistente, é válida, considerando a ausência de exames médicos prévios e a aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

III. Razões de decidir

3. A relação jurídica entre as partes é incontroversa, e a prescrição médica para procedimentos cirúrgicos em caráter emergencial foi confirmada.

4. A negativa de cobertura é considerada abusiva, pois contraria o objeto do contrato de saúde e viola os princípios da boa-fé objetiva e da função social dos contratos. A operadora não comprovou má-fé do contratante.

IV. Dispositivo e tese

5. **RECURSO DESPROVIDO.** 6. *Tese de julgamento*: “1. A negativa de cobertura por doença preexistente é ilícita sem exames médicos prévios ou comprovação de má-fé. 2. A cláusula limitativa de cobertura é nula quando contraria o objeto do contrato de saúde.”

Legislação Citada:

CDC, art. 51, IV;

Lei nº 9.656/98, art. 12, V, “c”, art. 35-C, I;

CPC, art. 85, § 11.

Jurisprudência Citada:

STJ, Súmula 609;

STJ, AgInt no AREsp 1439158/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, DJ de 19.9.2019.

TJSP, Súmulas 103 e 105;

TJSP, Apelação Cível 1001583-50.2024.8.26.0361, Rel. Des. Silvério da Silva, j. 16/01/2025.

1. Trata-se de apelo interposto contra r. sentença (**fls. 192/195**) que assim dispôs:

“Ante o exposto, julgo procedente o pedido, extinguindo o processo com resolução do mérito (art. 487, I, do CPC), para condenar a requerida a autorizar e custear integralmente o procedimento médico prescrito no documento de fl. 43, confirmando a tutela de urgência e a respectiva multa arbitrada (fl. 58). Desse modo, condeno a requerida ao pagamento das despesas processuais e dos honorários advocatícios, no montante de 10% do valor atualizado da causa.”

A operadora de saúde autora recorre (**fls. 198/215**), aduzindo, em síntese: **(I)** ausência de cobertura contratual para a autora, por se tratar de patologia preexistente não informada no momento da adesão ao contrato; **(II)** não há que falar em negativa indevida, eis que apenas restou cumprido o estabelecido no contrato, que determina aplicação de Cobertura Parcial Temporária durante 24 meses após a

celebração; (III) conceder ao beneficiário mais do que o estabelecido no contrato é intervir de forma nociva no equilíbrio da relação. Contrarrazões (fls. 218/229). A apelada opôs-se ao julgamento virtual (fl. 234).

É o relatório.

2. O recurso não comporta provimento.

Incontroversa a relação jurídica entre as partes (fls. 18/37), bem como a prescrição médica consistente em realização de procedimentos cirúrgicos em caráter emergencial (*Rizotomia facetária por radiofrequência L3 a S1 esquerda X4 e Rizotomia facetária por radiofrequência C7 direita X1* – fl. 43) e a negativa da operadora de saúde, sob o argumento de se tratar de doença preexistente (fls. 78/84).

A relação jurídica envolve a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (Súmula 608/STJ¹), devendo as cláusulas contratuais ser interpretadas em favor da parte vulnerável, visando estabelecer o equilíbrio do contrato e evitar o agravamento do quadro de saúde.

De fato, era de rigor a cobertura pelo plano de saúde de todo o atendimento dispensado à segurada, sem observância do período de carência contratual, ou da Cobertura Parcial Temporária, como

¹ Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão

³ Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas (...) V - quando fixar períodos de carência: (...) c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

afirma a apelante, conforme artigos 12, V, “c”³ e 35-C, I⁴, da Lei nº 9.656/98 e das disposições sumulares abaixo transcritas desse E. Tribunal:

Súmula 103: *“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.”*

Súmula 105: *“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.”*

Assim, no que diz respeito ao procedimento prescrito, ante a expressa indicação médica, com concordância da paciente, a exclusão de cobertura se mostra abusiva por contrariar o próprio objeto do contrato de saúde, sendo a **cláusula limitativa nula** (art. 51, IV, CDC), violando os princípios da boa-fé objetiva e da função social que norteiam as relações contratuais. Equivaleria a negar o direito da autora à vida com dignidade.

Nesse sentido:

*“Apelação cível. Ação declaratória de nulidade de contrato.
Alegação de fraude do segurado, por omitir doença pré-*

³ Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas (...) V - quando fixar períodos de carência: (...) c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

⁴ Art. 35-C. 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;

existente na declaração de saúde por ocasião da contratação do plano (...) Nos termos da Súmula 609 do STJ, a ré não provou a má-fé do réu. Não restou caracterizado que o réu padecesse de doença pré-existente ao contrato (...) Recurso desprovido. (Apelação Cível 1001583-50.2024.8.26.0361; Relator: Silvério da Silva; 8ª Câmara de Direito Privado; j. 16/01/2025).

Portanto, a alegação de fraude na contratação do plano de saúde em razão de omissão na declaração de saúde deveria ser comprovada pela apelante, até porque não consta que antes da aprovação da proposta de admissão a segurada tenha sido submetida a exames médicos.

Conforme pacífica jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça: compete às operadoras de planos de saúde que pretendem rescindir o contrato ou negar atendimento, sob o fundamento de doença preexistente, comprovar a má-fé do contratante, o que não ficou caracterizado na hipótese concreta.

Súmula 609: “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.”

Vejamos:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. (...). DOENÇA PREEXISTENTE. SÚMULA 609/STJ. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO PELA CIÊNCIA INEQUÍVOCA NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO. CONFORMIDADE COM A

*JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 83/STJ. (...) 2. O Tribunal de origem consignou que a operadora de saúde, ora agravante, **não comprovou ter submetido o contratante à realização de prévio exame admissional para averiguar possível doença ou lesão preexistente.** Na ocasião, ressaltou que houve ciência inequívoca da doença do beneficiário no momento da aceitação de seu reingresso no plano de saúde, afastando, por conseguinte, a caracterização de fraude. Nesse contexto, não há como alterar o quadro fático delineado sem proceder ao revolvimento do conjunto fático-probatório dos autos, procedimento que esbarra no óbice da Súmula n. 7 do STJ. 3. Ademais, o entendimento da Corte local está em consonância com a jurisprudência desta Corte, no sentido de que "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, Segunda Seção, julgado em 11/4/2018, DJe 17/4/2018). Incide, portanto, a Súmula 83/STJ (...)" (AgInt no AREsp 1439158/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, DJ de 19.9.2019).*

Ademais, conforme entendimento esposado pelo Magistrado sentenciante, *"a prescrição médica indicou que a requerente realizou procedimento (bloqueio facetário) em novembro de 2022, mas, tal circunstância, por si só, não indica que a requerente estivesse realizando algum tratamento da mesma natureza no momento da celebração do contrato (fevereiro de 2023)" (fl. 194).*

Por fim, considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

supostamente violados, a fim de evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dá-se por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

Diante do exposto, **nega-se provimento ao recurso**, majorando-se a verba honorária para 15% sobre o valor atualizado da causa (art. 85, § 11, CPC).

Fernando Marcondes
Relator