



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000369333

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008709-46.2024.8.26.0008, da Comarca de São Paulo, em que é apelante VICTOR DOS SANTOS MOORE, são apelados UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A e ESHO - EMPRESA DE SERVIÇOS HOSPITALARES S/A (INCORPORADORA DE HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE MADRE MARIA THEODORA LTDA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento parcial ao recurso, nos termos que constarão do acórdão. 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), MARIA DO CARMO HONÓRIO E LUCILIA ALCIONE PRATA.

São Paulo, 14 de abril de 2025.

DÉBORA BRANDÃO

Relatora

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO Nº 004243

Apelação Cível 1008709-46.2024.8.26.0008

COMARCA: São Paulo

Apelante: Victor dos Santos Moore

Apelados: Unimed Seguros Saúde S/A e Esho - Empresa de Serviços

Hospitales S/A (Incorporadora de Hospital Geral e Maternidade Madre

Maria Theodora Ltda)

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. INEXIGIBILIDADE DE DÉBITO E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. I. Caso em Exame. Recurso de apelação interposto contra sentença que julgou improcedente pedido de inexigibilidade de débito e danos morais, reconhecendo a legitimidade da cobrança pela Esho Empresa de Serviços Hospitalares S/A e a ilegitimidade passiva da Unimed Seguros Saúde S/A. O autor, beneficiário de plano de saúde, teve cobertura negada para biópsia cerebral durante tratamento de urgência, assumindo o custo do procedimento. Busca-se a inexigibilidade do débito e indenização por danos morais devido à negativação indevida. II. Questão em Discussão. A questão em discussão consiste em (i) determinar a legitimidade passiva da Unimed Seguros Saúde S/A em razão da negativa de cobertura e (ii) avaliar a abusividade da negativa de cobertura do procedimento médico prescrito. III. Razões de Decidir. Reconhecida a legitimidade passiva da Unimed, pois a negativa de cobertura é objeto de análise e a responsabilidade solidária do plano de saúde é consolidada na jurisprudência. A negativa de cobertura é abusiva, conforme a Súmula 102 do TJSP, pois cabe ao médico assistente determinar o tratamento adequado, não à operadora do plano. IV. Dispositivo e Tese. **Recurso parcialmente provido.** Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico assistente é abusiva quando há previsão contratual de cobertura para a doença. 2. A operadora do plano de saúde é responsável pelo custeio do procedimento e indenização por danos morais devido à negativação indevida.

Apelação Cível nº 1008709-46.2024.8.26.0008	Voto nº	004243	2
---	---------	--------	---

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 241/247, que em ação declaratória de inexigibilidade de débito com pedido indenizatório, julgou improcedente o pedido, e reconhecendo a legitimidade da cobrança manejada pela Esho Empresa de Serviços hospitalares S/A, administradora do Hospital Samaritano, e julgou extinto o processo com relação à Unimed Seguros Saúde S/A, declarando sua ilegitimidade passiva.

Recorre a requerida.

Sustenta, em síntese, que a legitimidade passiva da Unimed Seguros, em consonância com a jurisprudência consolidada do C. STJ, que reconhece a responsabilidade solidária do plano de saúde em hipóteses de negativa indevida de cobertura. No mérito, afirma que a negativa de cobertura da biópsia cerebral foi abusiva, sendo que a escolha técnica cabe ao médico que assiste o beneficiário. Ademais, suscita a ocorrência de danos morais indenizáveis, uma vez que houve negativação de seu nome junto aos órgãos de proteção ao crédito em razão da cobrança do nosocômio que realizou o procedimento, e pugna pela fixação de indenização em R\$ 10.000,00. Pretende a reforma integral da sentença e procedência dos pedidos formulados em peça exordial.

Recurso processado, com contrarrazões recursais (fls. 268/271).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso interposto comporta parcial acolhimento, pelas razões e fundamentos aduzidos a seguir.

Cuida-se de demanda em que o companheiro do autor, beneficiário do plano de saúde mantido pela ré Unimed, realiza tratamento contra Histoplasmose de Sistema Nervoso Central, e durante internação na UTI do Hospital

Samaritano foi prescrito procedimento de urgência, qual seja, biópsia cerebral, cuja cobertura foi negada pela operadora do plano de saúde, motivo pelo qual assumiu a realização do procedimento de forma particular. A demanda objetiva declarar a inexigibilidade do débito de R\$14.300,00 em relação ao autor, para que a cobrança seja direcionada ao plano de saúde, além do recebimento de indenização por danos morais. A sentença foi de improcedência com relação aos pedidos da autor e declarou a ilegitimidade passiva da Unimed.

Prima facie, reconheço a legitimidade passiva da operadora do plano de saúde, Unimed Seguros Saúde S/A, uma vez que a causa de pedir adveio da negativa de cobertura ao beneficiário do plano, cuja legalidade também é objeto de análise nestes autos.

APELAÇÃO Ação de cobrança Sentença que extinguiu o processo, sem resolução de mérito, entendendo haver coisa julgada - Irresignação da autora - Demanda originada de ação ajuizada por terceiro, beneficiário de plano de saúde da ré Sul América, na qual se reconheceu a abusividade da negativa de custeio de procedimentos médico-hospitalares pela operadora de plano de saúde Ação em que o autor postulava a declaração de inexigibilidade dos valores cobrados pela Hospital, a restituição dos valores desembolsados e a condenação dos réus em indenização por danos morais Operadora que alega ter cumprido a condenação na demanda anterior, realizando os pagamentos determinados, inclusive as despesas hospitalares, em conta de titularidade do paciente Sentença, no entanto, que não havia determinado o pagamento do montante ao então autor, mas apenas declarado a inexigibilidade do débito em relação a ele, devendo os créditos do hospital serem satisfeitos pela Operadora e não pelo beneficiário Capítulo condenatório da r. sentença proferida no processo anterior que se limitou a determinar o ressarcimento dos valores efetivamente desembolsados e indenização por dano moral Pagamento feito espontaneamente pela operadora, em conta do beneficiário, que não tem eficácia de pagamento perante a efetiva credora Prescrição não consumada Pretensão que somente poderia ser dirigida à operadora após o trânsito em julgado da decisão que reconheceu a inexigibilidade em face do paciente - Processo no qual não se apreciou o crédito do hospital com a operadora, mas em relação ao paciente Coisa julgada afastada Causa madura para julgamento - Obrigação da operadora de arcar com as despesas do beneficiário frente ao Hospital - **Legitimidade passiva da operadora.** Recurso provido. (TJSP Apelação Cível nº 1085730-55.2020.8.26.0100; órgão julgador: 06ª Câmara de Direito Privado; Relator: Marcus Vinícius Rios Gonçalves; Data de julgamento: 30/06/2021).

Passo ao mérito.

O contrato em questão deve ser examinado à luz do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 1º da Lei nº 9.656/1998 e súmulas 100 deste E. Tribunal e 608 do C. Superior Tribunal de Justiça.

No caso vertente, o médico neurocirurgião que assistia o beneficiário do plano relatou que *“Paciente Paulo Roberto dos Santos Moore, 42 anos, internado no Hospital Samaritano de Higienópolis após alteração de nível de consciência e crise convulsiva. Acompanhado neste hospital, porém com antecedente de outras intercorrências neurológicas com episódios de internação prévia em outros serviços. Apresenta o antecedente de tratamento prévio para neurocriptococose relacionado a infecção pelo HIV, sendo realizado há 1 ano tratamento com implante de sistema de derivação ventrículo-peritoneal (DVP). (...)Atualmente, a presente internação mostrou piora neurológica, com aparecimento de novas lesões encefálicas, profundas, múltiplas, cuja investigação com outros métodos de diagnóstico foi inconclusiva. Paciente com sinais de hipertensão intracraniana e hemianopsia, cuja ressonância magnética mostrou aumento de lesões encefálicas em comparação com exames prévios. Tentado inúmeros métodos para diagnóstico destas lesões (ressonância magnética, líquido cefalo-raquidiano com culturas gerais e de fungos, imunofenotipagem, PET-CT, entre outros) porém com conclusão negativa. Paciente persistiu internado pela impossibilidade de diagnóstico, e assim sem um tratamento específico e direcionado. Em discussão multidisciplinar, com neurologia e infectologia, foi optado por biópsia das lesões encefálicas.”* (fls. 25/26).

A Unimed recusou o custeio do procedimento cirúrgico fundamentada na ausência do caráter emergencial, bem como pela técnica de neuronavegação não constar do rol da ANS de procedimentos de cobertura obrigatória pelo plano de saúde (fls. 36/37).

Não cabe à operadora do plano de saúde opinar acerca

da necessidade e/ou urgência do procedimento médico indicado ao tratamento da patologia, cuja cobertura consta do contrato havido entre as partes.

Nesse sentido, destaca-se os termos da Súmula 102 do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, *“Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”*.

Com efeito, a recusa da apelada não merece prosperar, porque cabe ao médico assistente do paciente optar pelo melhor tratamento ao caso, eis que possui conhecimento sobre suas necessidades, cabendo então a este especialista eleger o tratamento mais adequado e não à operadora, sob pena de colocar em risco a própria saúde do demandante.

Nesta toada, a prescrição do médico que assiste o paciente, devidamente fundamentada, o que se observa *in casu*, é suficiente para gerar a obrigação ao custeio do procedimento cirúrgico ao tratamento de doença coberta pelo plano, considerando todos os materiais apontados como essenciais à sua realização.

Nesse sentido, segue precedentes deste E. Tribunal de Justiça:

EMENTA: DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TUTELA DE URGÊNCIA. RECURSO IMPROVIDO. I. Caso em Exame 1. Recurso de agravo de instrumento interposto contra decisão que deferiu tutela de urgência para obrigar operadora de plano de saúde a custear procedimento cirúrgico urgente, bem como os materiais necessários. A parte autora foi diagnosticada com diversas condições de saúde que requerem intervenção cirúrgica imediata, conforme laudo médico. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em determinar se estão presentes os requisitos para a concessão da tutela de urgência, considerando a alegação da operadora de que os procedimentos são eletivos e não urgentes, e a negativa de cobertura baseada no rol da ANS. III. Razões de Decidir 3. **O tratamento deve ser concedido se o contrato prevê cobertura para a doença, não podendo excluir procedimentos necessários. A escolha do tratamento é atribuição do médico assistente.** 4. A negativa de cobertura é abusiva

quando há expressa indicação médica, conforme entendimento pacificado na Súmula 102 do TJ SP. A realização de perícia para a concessão do pleito liminar não é imprescindível, pois o relatório médico é claro quanto à urgência do tratamento. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico assistente é abusiva quando há previsão contratual de cobertura para a doença. 2. A urgência do tratamento justifica a concessão de tutela de urgência sem necessidade de perícia. (TJSP Agravo de Instrumento nº 2098147-56.2025.8.26.0000; órgão julgador: 02ª Câmara de Direito Privado; Relator(a): Hertha Helena de Oliveira; Data de julgamento: 09/04/2025). *grifei*.

Ação de obrigação de fazer c/c pedido indenizatório. Plano de Saúde. Negativa ao Autor de cobertura ao procedimento cirúrgico e materiais indicados. Autor portador de “Lombalgia Mecânica Grave” (CID10 M51.1, M54.4 e R52). Abusividade da cláusula contratual que exclui a cobertura, sob alegação de desnecessidade do procedimento, informada por sua junta médica. Laudo pericial conclusivo a respeito. **Recusa injustificada, pois não cabe à Operadora opinar sobre o tratamento. Incidência ainda das regras do Código de Defesa do Consumidor. Precedentes jurisprudenciais.** Dano moral, contudo, não configurado. Negativa que ocorreu em razão de razoável dúvida, diante de conclusão de Junta médica, só afastada pela prova técnica realizada neste processo. Dever de indenizar não caracterizado e ora afastado. Honorários sucumbenciais que devem incidir sobre o valor da condenação, ou seja, da obrigação de fazer, negada pela Ré. Precedente jurisprudencial do C. STJ (EAREsp n. 198.124/RS). Sentença de procedência reformada em parte. Sucumbência ora ajustada. Recursos parcialmente providos. (TJSP Apelação Cível nº 1008274-57.2022.8.26.0068; Órgão julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Relator(a): João Pazine Neto). *grifei*.

PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PEDIDO DE CUSTEIO DE TRATAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA PRESCRITO À AUTORA, PORTADORA DE NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 E DE TRANSTORNO ESPECÍFICO DA ARTICULAÇÃO DA FALA. **MODALIDADES TERAPÊUTICA QUE NÃO CONSTA DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. IRRELEVÂNCIA. JURISPRUDÊNCIA QUE SE VEM ORIENTANDO PELO RECONHECIMENTO DA ABUSIVIDADE DAS CLÁUSULAS DE EXCLUSÃO DE COBERTURA EM TAIS HIPÓTESES. PRECEDENTES DO STJ E SÚMULA 102 DO TJSP. COBERTURA DEVIDA. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO.** (TJSP Apelação Cível nº 1005609-79.2024.8.26.0268; órgão julgador: 06ª Câmara de Direito Privado; Relator: Vito Guglielmi; Data de julgamento: 04/04/2025). *grifei*.

Por outro lado, isso não significa que o débito em si não é exigível, apenas que não pode ser exigido do autor. O nosocômio poderá

direcionar a cobrança diretamente em face da operadora do plano de saúde.

Em análise dos autos, observo que o autor obteve apontamento restritivo em seu nome junto aos órgãos de proteção ao crédito, em razão da cobrança operada pelo hospital.

Não obstante o débito seja exigível, a cobrança ao autor é indevida, e foi causado por ato abusivo praticado pela operadora do plano de saúde.

O apontamento indevido nome do devedor em cadastro de inadimplentes (fls. 28/29) constitui dano moral “*in re ipsa*”, que decorre do fato em si, já que o cadastro é público, e a inclusão desabona a imagem de quem tem o nome incluído, fazendo-o passar por mau pagador.

O valor da indenização deve ser tal que traga alguma compensação à vítima, sem constituir fonte de enriquecimento sem causa. Os parâmetros comumente utilizados por esta C. 6ª Câmara de Direito Privado, em casos análogos, é de R\$ 5.000,00 e não há situação extraordinária que justifique sua fixação em valor diverso, como se vê dos precedentes que se seguem.

A correção monetária deve ser feita na forma da Súmula 362 do STJ, e os juros de mora, de 1% ao mês conforme a vasta jurisprudência deste tribunal, são devidos desde a citação, já que trata de ilícito contratual, e não extracontratual, sendo aplicável o art. 405 do CC.

Nesse sentido:

PLANO DE SAÚDE Nulidade de cláusula contratual - Cobrança do valor de duas mensalidades pela resolução antecipada do contrato sem aviso prévio de 60 dias - Sentença de procedência em parte que afastou a possibilidade de cobrança das mensalidades após o cancelamento mas rejeitou o pedido de dano moral - Insurgência da ré - Não acolhimento Reconhecimento da nulidade do artigo 17 da Resolução Normativa 195/2009 da ANS, em ação civil pública, com efeitos "erga omnes" - Inviabilidade de cobrança das mensalidades posteriores ao cancelamento, ante a declaração de nulidade do ato normativo que a fundamentava Irresignação da autora **Acolhimento parcial Danos morais configurados, em razão do apontamento indevido indenizatório que**

deve ser fixado R\$ 5.000,00 Quantum Recurso da ré desprovido e recurso da autora parcialmente provido. (TJSP; Apelação Cível 1002188-40.2022.8.26.0272; Relator (a): Marcus Vinicius Rios Gonçalves; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Itapira - 2ª Vara; Data do Julgamento: 05/12/2024; Data de Registro: 05/12/2024) *grifei*.

APELAÇÃO PLANO DE SAÚDE - AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE DE DÉBITO CUMULADA COM PEDIDO DE DANOS MORAIS. Pretensão de inexigibilidade da cobrança de dois meses de mensalidade referentes ao aviso prévio de 60 dias previsto em contrato e indenização por danos morais. Sentença que julgou procedente a ação. Insurgência de ambas as partes. Desacolhimento. Contrato do tipo "falso coletivo". Incidência das regras dos contratos individuais. Desnecessidade de cumprimento de aviso prévio. Questão definida em ação civil pública proposta pelo Procon do Rio de Janeiro, com eficácia erga omnes. Aplicabilidade da RN nº 455/2020, da ANS, que revogou o parágrafo único, do art. 17, da RN nº 195/09. **Cobrança ilícita. Inexigibilidade do débito. Danos morais configurados. Negativação indevida do nome da autora. Valor proporcional e razoável. Sentença mantida. Recursos desprovidos.** (TJSP; Apelação Cível 1022480-14.2021.8.26.0100; Relator (a): Costa Netto; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 24ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/08/2021; Data de Registro: 12/08/2021) *grifei*.

Assim, de rigor a condenação da Unimed ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 5.000,00, considerando ter ela dado causa à cobrança indevida.

Desse modo, reformo a r. Sentença para declarar a legitimidade ativa da operadora do plano de saúde, e reconhecer a obrigatoriedade da Unimed no custeio do procedimento neurológico prescrito pelo médico do beneficiário, mediante pagamento direito ao Hospital réu. Condeno a operadora do plano de saúde ao pagamento de indenização por danos morais ao autor, que fixo em R\$5.000,00, em razão da negativação indevida pela cobrança do procedimento cirúrgico.

Ante a inversão do julgamento, condeno as requerida Unimed ao pagamento de custas e despesas processuais, bem como verba honorária sucumbencial, que fixo em 10% do proveito econômico do autor, nos termos do art. 85, §2º, do Código de Processo Civil.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Para fins de eventual recurso às instâncias superiores, consideram-se prequestionados todos os dispositivos citados pelas partes (art. 1025 do CPC), que não se coadunam com a linha de entendimento adotado no julgamento deste recurso.

Ante o exposto, por meu voto, **dou parcial provimento** ao recurso, conforme fundamentação acima.

DÉBORA BRANDÃO
Relatora
Assinatura Eletrônica