



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000371584

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2053967-52.2025.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante BRUNO AMÉRICO TORELLI, é agravado NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A.

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 sem voto), ALEXANDRE MARCONDES E ENÉAS COSTA GARCIA.

São Paulo, 15 de abril de 2025.

CLAUDIO GODOY
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

AGRAVO DE INSTRUMENTO

Processo n. 2053967-52.2025.8.26.0000

Comarca: Capital

Agravante: Bruno Américo Torelli

Agravadas: Notre Dame Intermédica Saúde S.A. e A.C. CAMARGO
CANCER CENTER

Juíza: Dra. Juliana Pitelli da Guia

Voto n. 33.018

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Tutela provisória indeferida, tendo sido requerida pelo autor para compelir a corré operadora ao pagamento dos custos de atendimento havido e para impor ao corréu Hospital a inexigibilidade da dívida cobrada. Hospital que prestou serviços ao autor. Situação, de resto, ainda a aferir, tendo em vista que não conhecidas as exatas razões da alegada negativa à cobertura. Operadora que, na origem, argumenta que o plano já teria sido encerrado quando do atendimento. Decisão mantida. Recurso desprovido.

Cuida-se de agravo de instrumento tirado de decisão (fls. 68/69 da origem) que, em ação de obrigação de fazer, indeferiu o pedido de tutela de urgência formulado pelo autor. Sustenta ele, na insurgência, que é beneficiário do plano de saúde comercializado pela ré Notredame; que no dia 21 de outubro de 2024, diante de quadro de intensa tosse, se dirigiu ao Hospital A.C. Camargo, integrante da rede credenciada do plano, para atendimento médico de urgência; que durante o atendimento foram realizados exames e administrados medicamentos; que após o atendimento passou a receber boletos de cobrança emitidos pelo hospital no valor de R\$ 3.160,39; que diante destas cobranças, que reputa abusivas, ajuizou a presente ação;

que está sujeito ao risco de ter seu nome negativado caso a cobrança não seja suspensa; que a cobrança é ilegal, já que o hospital integra a rede credenciada do plano. Postula o provimento do recurso para que *"a primeira agravada seja compelida a custear integralmente todos os procedimentos prescritos pelo médico que atendeu o agravante na data de 21/10/2024 em atendimento no hospital requerido a.c camargo, bem como a segunda requerida seja compelida a declarar inexigível a cobrança em nome do agravante, sob pena de multa diária a ser aplicada por este juízo em caso de descumprimento"*. Requer liminar.

Indeferida a liminar, o recurso foi regularmente processado, sem resposta (fls. 50).

É o relatório.

Confira-se, em primeiro lugar, o que já se assentou quando apreciado o pedido de liminar recursal:

“Ao que consta, o autor, em 21 de outubro de 2024, se dirigiu ao Hospital A.C. Camargo em razão de quadro de intensa tosse, lá tendo realizado exames e recebido medicação. Narra que após passou a receber cobranças no valor de R\$ 3.160,39, mesmo alegando que o hospital integra a rede credenciada do plano e que anteriormente já foi atendido na mesma instituição. O autor pondera ainda que não foi notificado de qualquer descredenciamento do hospital. Formulou, então, pedido de tutela de urgência para que a operadora seja obrigada a arcar com os custos do atendimento e para

que o nosocômio seja inibido da cobrança.

Pois, a respeito, sabido que não se pode impor ao Hospital discutir com a operadora cláusulas do contrato firmado com ela perante o consumidor.

A propósito, em precedente de mesma relatoria (Ap. civ. 0150105-05.2008.8.26.0100), e com remissão a outros, já se assentou:

'Mesmo que o hospital seja credenciado pelo plano, não se pode a ele atribuir o ônus de discutir com a operadora as condições de cobertura constantes de contrato que não subscreveu. A autora ou o Espólio de seu pai é que deveriam debater a exata extensão da cobertura devida pelo atendimento que o hospital dispensou.

E aqui outro ponto a realçar. Não há qualquer dúvida de que o serviço foi prestado, uma vez contratado pela autora, razão a que não se possa declarar inexigível o preço respectivo. Algo diverso é obrigar o plano a pagar, conforme cobertura contratada, estas despesas.

Neste sentido esta Corte já decidiu:

'Declaratória de inexigibilidade de título, cumulada com pedido de indenização. Autora que se

responsabilizou perante nosocômio por pagamento de despesas médicas de seu avô, usuário da requerida, internado em estado emergencial. Pretendida declaração de inexigibilidade do título. Inadmissibilidade. Título exigível, cujo reembolso, mas cujo reembolso deve ser providenciado pelo plano de saúde, em virtude de internação em estado emergencial do usuário` (TJSP, Ap. civ. n. 464.465-4/0, j. 25.09.2007)

Do mesmo modo se assentou no âmbito desta 1ª Câmara:

'Cobrança. Prestação de serviços médico-hospitalares. Despesas não cobertas pelo plano de saúde. Responsabilidade das rés, em razão da efetiva prestação de serviços e da assinatura do contrato com o hospital.` (Ap. civ n. 628.251.4/9-00, j. 10.03.2009).'

Confirma-se, agora, precedentes mais recentes:

'Plano de saúde. Ação declaratória de inexigibilidade de débito c.c. repetição de indébito e indenizatória por danos morais. Hospital que realizou a cobrança de forma legítima. Plano de saúde que deve dar integral cobertura aos procedimentos realizados, bem como deve quitar os valores junto ao hospital. Negativação do nome da autora junto aos órgãos de restrição de crédito. Responsabilidade do plano de

saúde. Dano presumido. Recurso do hospital provido e improvido o recurso da operadora'. (TJSP, Ap. Civ. 1028511-89.2016.8.26.0564, rel. Des. José Joaquim dos Santos, j. 08.08.2017).

Desta Câmara:

'Plano de saúde. Negativa de cobertura de despesas médico-hospitalares corretamente reconhecida. Impossibilidade, porém, de se responsabilizar a instituição hospitalar pelos danos morais causados aos autores. Nosocômio que prestou os serviços médico-hospitalares e deve ser remunerado. Não pagamento que autorizava o protesto do título. Exercício regular de um direito. Indenização a ser suportada exclusivamente pela operadora do plano de saúde. Improcedência da ação em relação à corré, sem condenação em custas e honorários – Sucumbência integral da corré, Unimed Paulistana, que responderá pelos correspondentes encargos, inclusive verba honorária dos procuradores dos autores. Recursos providos'. (TJSP, Ap. Civ. 1000020-43.2015.8.26.0003, rel. Des. Augusto Rezende, j. 08.01.2018).

'Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer cumulada com pedido declaratório de nulidade. Autora que postula a condenação da operadora de plano

*de saúde a custear seu tratamento na corré ESHO Empresa de Serviços Hospitalares S.A e declarar nulidade de termo de responsabilidade em razão da internação na modalidade particular. Comunicação de transação formulada nos autos entre a autora e a operadora de plano de saúde Amil. Seguradora que assumiu a responsabilidade pelo pagamento das despesas médico-hospitalares despendidas no tratamento da autora na corré ESHO Empresa de Serviços Hospitalares S.A. Sentença de improcedência em face do hospital. Apelo da autora. **Incontroversa prestação de serviços pela corré ESHO. Hospital tem direito de ser remunerado pelo paciente na hipótese de negativa de cobertura do plano de saúde.** Seguradora que reconheceu sua responsabilidade em custear as despesas hospitalares da autora. Ausência de vício de consentimento apto a ensejar a nulidade do contrato particular de atendimento médico formulado pelas partes.' (destaque acrescido) (TJSP, Ap. Civ. n. 1008445-73.2016.8.26.0084, rel. Des. Christine Santini, j. 17.04.2019).*

AÇÃO INDENIZATÓRIA. Autora executada e negativada em razão do inadimplemento de dívida com origem em materiais utilizados em procedimento cirúrgico realizado no estabelecimento réu, não custeados pelo convênio médica de sua

genitora, paciente. Possibilidade de inscrição do nome da autora no rol de maus pagadores pelo nosocômio réu, que prestou regularmente os serviços e não recebeu integralmente. Autora que assumiu a responsabilidade pelo pagamento das despesas eventualmente não custeadas pelo plano de saúde, realizando, ainda, parcelamento da dívida e assinatura de nota promissória junto ao hospital meses após o atendimento da mãe. Obrigatoriedade de pagamento das despesas pelo plano de saúde que deve ser discutida em ação própria. Inexistência de danos morais advindos da negativação, que consistiu em regular exercício de direito por parte do hospital que prestou regularmente os serviços e forneceu materiais. Ação improcedente - Recurso improvido. (TJSP, Ap. Civ. n. 1014370-55.2014.8.26.0008, rel. Des. Francisco Loureiro, j. 22.09.2015).

'TUTELA ANTECIPADA. Exclusão de cadastros de inadimplentes. Dívida da autora com o hospital. Plano de saúde que se recusou a dar cobertura ao tratamento do marido da autora. Posterior cobrança e negativação do nome da autora, responsável pela dívida, pelo hospital réu. Hipótese em que existe relação jurídica entre a autora e o hospital, ainda que, no futuro, considere-se que o plano de saúde é o responsável pelo débito. Negativação que configura exercício regular de um direito do hospital. Tutela antecipada revogada -

***Recurso provido.'* (grifo acrescido) (TJSP, Ag. de Instrumento n. 0256873-22.2012.8.26.0000, rel. Des. Rui Cascaldi, j. 09.07.2013).**

No caso, é bem verdade, incontroversas as cobranças em si pelo Hospital (fls. 29/30 da origem), tanto quanto a contratação do plano. Mas não se conhecem ainda as razões da recusa à cobertura, tanto mais se se afirma que antes havido atendimentos, cobertos pela operadora, no mesmo hospital.

De resto, eventual indevida negativação, ademais da responsabilização daí decorrente, sempre se pode a qualquer momento sustar, se o caso.

Daí ser devido ao menos ouvir as agravadas sobre a matéria posta.”

Pois, processado o recurso, em consulta aos autos da origem vê-se informação da corré operadora, na contestação, de que o autor, quando do atendimento discutido em novembro passado, já tinha encerrado seu contrato de plano de saúde, assim em setembro daquele mesmo ano (fls. 89 e 97 da origem).

Tal o que deverá ser cotejado, porém ainda antes na origem, com a informação aparentemente constante da carteirinha juntada pelo autor, que indicaria a data de início do plano para 8 de abril de 2025 (fls. 26 da origem). O atendimento anterior no

mesmo hospital mencionado pelo autor parece datar de maio de 2024 (fls. 67 da origem), assim teoricamente o que se teria dado antes do encerramento do contrato aludido pela operadora.

Igualmente ainda a analisar a asserção de litigância predatória pelos advogados do autor, que, conforme aduzido na defesa, teriam acesso privilegiado a informações da carteira de clientes do plano (fls. 79/84 da origem), juntados documentos que atestariam elevado número de ações distribuídas pelos patronos, bem como cópias de decisões proferidas em outros feitos advertindo acerca da questão (fls. 101/114 da origem).

Mas, como se disse, e também ainda não vinda a réplica, têm-se matérias que em primeiro lugar devem ser analisadas pelo Juízo da origem, por ora, mantida a decisão agravada.

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao agravo.

CLAUDIO GODOY
Relator