



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000373278

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1004473-63.2024.8.26.0004, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes GAMA SAÚDE LTDA. e SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO, é apelado ADIEL SILVA SANTOS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento aos recursos. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores IRINEU FAVA (Presidente sem voto), PEDRO FERRONATO E MARA TRIPPO KIMURA.

São Paulo, 15 de abril de 2025.

GILBERTO FRANCESCHINI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação 1004473-63.2024.8.26.0004

Apelantes: Gama Saúde Ltda. e Sociedade Beneficente São Camilo

Apelado: Adiel Silva Santos

Interessado: Humana Assistência Médica Ltda.

Comarca: Foro Central Cível – 23ª Vara Cível

Juiz(a) de Direito: Dr(a). Marcos Duque Gadelho Junior

Voto nº 2287

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. ILEGITIMIDADE PASSIVA AFASTADA. NEGATIVA DE ATENDIMENTO FUNDADA EM CARÊNCIA CONTRATUAL. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA CONFIGURADA. OCORRÊNCIA DE DANO MORAL. SENTENÇA MANTIDA. RECURSOS DESPROVIDOS.

I. Caso em Exame

1. Ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos morais, ajuizada por Adiel Silva Santos contra Gama Saúde Ltda., Sociedade Beneficente São Camilo e Humana Assistência Médica Ltda. O autor, beneficiário de plano de saúde, teve negada a cobertura de cirurgia de urgência para apendicite aguda, sob alegação de período de carência. Sentença de primeira instância julgou parcialmente procedentes os pedidos, condenando as rés ao pagamento de indenização por danos morais e custas processuais.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em: (i) aferir a legitimidade passiva da Gama Saúde Ltda.; (ii) analisar a responsabilidade das rés pela recusa de cobertura do procedimento cirúrgico e a consequente indenização por danos morais.

III. Razões de Decidir

3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva da Gama Saúde Ltda., por ausência de provas que atestem sua condição de mera intermediadora.

4. A negativa de cobertura do procedimento cirúrgico foi considerada abusiva, em desacordo com o art. 35-C da Lei nº 9.656/1998, que obriga a cobertura em casos de urgência. A responsabilidade

das rés foi mantida, com base na falha na prestação do serviço e violação do dever de informação.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recursos desprovidos.

Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura em casos de urgência é abusiva quando ultrapassado o prazo de carência de 24 horas. 2. A responsabilidade solidária das rés é mantida pela falha na prestação do serviço e violação do dever de informação.

Legislação Citada:

Lei nº 9.656/1998, art. 35-C, art. 12, inciso V, alínea c.

Código de Defesa do Consumidor, arts. 6º, inciso III; 7, parágrafo único; e 25, § 1º.

Jurisprudência Citada:

STJ, Súmula 597.

STJ, AgRg no AI 598700/SP, 3ª Turma, Rel. Min. Antônio de Pádua Ribeiro, j. 08/03/2005.

STJ, EDcl no RMS nº 18.205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, j. 18.04.2006.

Vistos.

Trata-se de recursos de apelação interposto por ambas as rés, contra a r. sentença de fls. 251/255, cujo relatório se adota, que julgou parcialmente procedente os pedidos nos autos da ação de obrigação de fazer c.c. dano moral e pedido de tutela antecipada, ajuizada por **Adiel Silva Santos**, em face de **Gama Saúde Ltda., Sociedade Beneficente São Camilo e Humana Assistência Médica Ltda.**, nos seguintes termos:

*“Ante o exposto, julgo **PARCIALMENTE PROCEDENTES OS PEDIDOS** (art. 487, I, CPC) para tornar definitiva a liminar, condenando a corré Gama a promover a cobertura integral ao tratamento cirúrgico. Ainda, condeno solidariamente os requeridos no pagamento de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), a título de reparação por danos morais, corrigido pela Tabela Prática do TJSP desde a publicação da sentença (Súmula n. 362, do STJ) e com juros demora de 1% ao mês desde a citação.*

Diante da sucumbência mínima do autor, ficam os requeridos solidariamente condenados no pagamento das custas e despesas processuais, bem como de honorários advocatícios em 10% do valor da causa, a ser atualizado a partir desta data.”

Alega a ré Gama Saúde Ltda., preliminarmente, sua

ilegitimidade passiva, em razão de apenas disponibilizar a rede de prestadores de serviços à contratante Humana Assistência Médica Ltda. No mérito, sustenta haver culpa de exclusiva da empresa Humana, inexistindo qualquer ato ilícito de sua parte. Assim, requer a reforma da r. sentença para afastar a condenação em danos morais ou, subsidiariamente, reduzir o valor da indenização.

Por sua vez, apela a ré Sociedade Beneficente São Camilo sustentando não ter cometido qualquer ato ilícito, sob o argumento de que a negativa de cobertura foi realizada pelo plano de saúde do autor. Afirma que o hospital prestou o atendimento médico de forma particular em virtude da recusa do plano, inexistindo, portanto, direito à indenização por danos morais. Dessa forma, pleiteia a reforma da r. sentença a fim de afastar sua condenação do pagamento de indenização por danos morais.

Contrarrazões apresentadas pelo autor (fls. 302/306 e 307/310).

Recursos tempestivos e regularmente preparados (fls. 282/283 e 297/298).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Denota-se da exordial que o autor é beneficiário do plano de saúde ofertado pela corré Gama Saúde e Humana Assistência Médica desde 10/12/2023, conforme observa-se em sua carteirinha (fls. 17/18).

Ocorre que, em 17/03/2024, passou a experimentar fortes dores abdominais e, na mesma data, buscou atendimento na urgência do Hospital das Clínicas de São Paulo, onde exames revelaram o diagnóstico de apendicite aguda (fls. 23/26).

Diante da gravidade da situação, fora indicado para realização de cirurgia, entretanto, o hospital em questão não possuía leito cirúrgico disponível.

Após contato com a operadora do plano, a parte autora dirigiu-se ao Hospital São Camilo – unidade Pompéia, ocasião em que teve o procedimento cirúrgico indeferido (fls. 139), sob o fundamento de estar em período de carência, não obstante a urgência do quadro clínico, atestada por profissional médico (fls. 22 e 91), e o risco de morte decorrente da demora na intervenção.

À luz desse cenário, buscou o Poder Judiciário pleiteando a concessão da tutela de urgência, a fim compelir a operadora de saúde corré a autorizar e custear o procedimento cirúrgico prescrito, bem como obter a devida reparação pelos danos morais decorrentes da negativa de cobertura,

fundamentada na suposta existência de período de carência contratual.

A controvérsia cinge-se a análise: (i) da aferição da legitimidade passiva da Gama Saúde Ltda. e (ii) da responsabilização das rés pela recusa de cobertura do procedimento cirúrgico, bem como a eventual indenização por danos morais decorrentes.

Inicialmente, rejeita-se a preliminar suscitada pela corré Gama Saúde, relativa à sua alegada ilegitimidade passiva.

A tese defensiva da ré Gama não encontra respaldo no feito, haja vista a ausência de elementos probatórios que corroborem a suposta condição de mera intermediadora.

A Gama não trouxe aos autos qualquer instrumento contratual celebrado com a empresa Humana Assistência que pudesse evidenciar a limitação de sua atuação à mera intermediação de serviços ou disciplinar, de forma clara, a utilização da rede credenciada entre elas.

Tal omissão contribui para a manutenção de sua responsabilidade, na medida em que inviabiliza a comprovação de que sua atuação se restringiria a uma função secundária ou acessória na prestação do serviço.

Ressalte-se, ainda, que a corré igualmente deixou de apresentar qualquer prova do suposto rompimento contratual com a mencionada empresa, como afirmado em sede recursal (fls. 274), o que fragiliza ainda mais a versão por ela ventilada.

Ao contrário do sustentado, a carteirinha acostada às fls. 17/18 revelam que o vínculo estabelecido extrapola a simples subcontratação de rede credenciada, pois indicam que o plano de saúde é fornecido diretamente pela Gama Saúde, cujo número de registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) inclusive consta na carteirinha do beneficiário – ANS nº 407011 (fls. 17).

Além disso, observa-se que nem mesmo o contrato firmado entre o autor e a operadora foi apresentado pela ré, o que impede a aferição da tese de que a Gama apenas disponibilizaria rede assistencial a outra pessoa jurídica contratante.

Soma-se a isso o fato de que a negativa do tratamento pleiteado foi emitida diretamente pela Gama Saúde, conforme nota-se às fls. 139, o que afasta, de forma inequívoca, a tese de ausência de legitimidade, na medida em que revela o exercício de poder decisório pela corré quanto às demandas dos beneficiários.

Assim, a robustez da relação direta entre a parte autora e a Gama se confirma tanto por meio da presença da logomarca da referida empresa na carteirinha do plano, mas também na negativa de solicitação de internação (fls. 17/18 e 139).

Tal circunstância, sob a ótica da Teoria da Aparência, reforça a expectativa legítima do consumidor de que a Gama figura como prestadora direta do serviço, atraindo para si a responsabilidade decorrente da relação contratual aparente.

Diante desse cenário, impõe-se a confirmação da respeitável sentença no ponto em que reconheceu a legitimidade passiva da corré Gama Saúde, cuja atuação nos autos não se coaduna com a figura de simples intermediária.

Passo ao mérito.

Inequívoca a relação de consumo estabelecida entre as partes, sendo a corré Gama fornecedora de serviço de plano de saúde adquirido pelo autor como destinatário final, o que impõe aplicação do Código de Defesa e Proteção do Consumidor, seguindo, inclusive, posicionamento da Súmula 608 do C. STJ: *Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo administrados por entidades de autogestão.*

Incontroverso que o autor necessitou de intervenção cirúrgica de urgência em decorrência de quadro de apendicite aguda, tendo o procedimento sido negado pela operadora de saúde (fls. 139) sob a justificativa de cumprimento de período de carência contratual.

Nesse contexto, a negativa de autorização da cirurgia de apendicite revela-se manifestamente abusiva, haja vista que, conforme estabelece o art. 35-C da Lei nº 9.656/1998, é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de urgência ou emergência:

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;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

Ademais, a própria Lei nº 9.656/1998, em seu artigo 12, inciso V, alínea c, permite a fixação de prazo máximo de carência de vinte e quatro horas para a cobertura de casos de urgência e emergência:

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;

Corroborando esse entendimento, a Súmula 597 do Colendo Superior Tribunal de Justiça sedimentou que:

“A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação”.

Destarte, diante da negativa abusiva, pautada em cláusula contratual nula consoante os artigos 12 e 35-C da Lei nº 9.656/1998 e o enunciado sumular 597 do C. STJ, impõe-se a manutenção da condenação da corre Gama ao pagamento de indenização por danos morais, em razão da falha na prestação do serviço.

No que tange ao pedido de afastamento da condenação ao pagamento de indenização por danos morais, formulado pelo hospital corréu, não há como acolhê-lo. É indubitável que a cirurgia foi realizada de forma particular.

Com efeito, restou caracterizado o vício do serviço prestado pelo hospital, já que, mesmo havendo prescrição médica expressa para internação e para a realização de procedimento cirúrgico —circunstância que, por si só, impõe a imediata adoção de medidas compatíveis com o quadro clínico do paciente—, extrai-se do documento de fls. 99 que o autor permaneceu em pronto-socorro durante toda a madrugada do dia 18/03/2024, sentado em poltrona, das

00h49min49s às 06h48min57s.

A permanência do paciente em condições inadequadas, ainda que sob observação médica e de enfermagem, não se coaduna com a gravidade de seu estado de saúde.

Essa conduta evidencia a inadequação do atendimento prestado, sobretudo diante da expressa recomendação de cuidados intensivos. A manutenção do paciente em ambiente e condições inferiores às exigidas pelo seu quadro clínico configura, portanto, falha na prestação do serviço de saúde. Importa destacar que não se trata de mero inconformismo com o conforto ou comodidade oferecidos, mas de clara incompatibilidade entre a gravidade do caso e a assistência efetivamente prestada.

Ademais, cumpre ressaltar a responsabilidade solidária entre as rés, nos termos dos artigos 7º, parágrafo único, e 25, § 1º, do Código de Defesa do Consumidor. Tais dispositivos estabelecem que, havendo pluralidade de fornecedores envolvidos na cadeia de consumo, todos respondem solidariamente pelos danos causados ao consumidor.

No presente caso, tanto o hospital quanto a operadora do plano de saúde contribuíram para a falha na prestação do serviço, seja pela inadequação do atendimento, seja pela omissão de informações relevantes ao paciente.

A falha na prestação do serviço é agravada, ainda, pela ausência de informações essenciais ao paciente, visto que não há no feito qualquer elemento que demonstre ter o autor sido previamente informado acerca dos custos envolvidos no procedimento cirúrgico, tampouco que tenha sido orientado quanto à possibilidade de encaminhamento para outro hospital integrante da rede credenciada do plano de saúde ou da rede pública.

A omissão de informações, como a descrita acima, configura violação ao dever de informação previsto no artigo 6º, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor, segundo o qual é direito básico do consumidor receber informações adequadas e claras sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de suas características, preços e riscos.

A ausência dessa comunicação, somada à conduta omissiva e à inadequação da assistência prestada, reforça a tese de prestação deficiente do serviço hospitalar e, por consequência, a manutenção da condenação por danos morais.

Dessa forma, permanece hígida a condenação ao pagamento de indenização, diante do prejuízo efetivamente causado ao paciente pelo hospital corréu.

Nessa senda, em relação ao *quantum* indenizatório, sabe-se que a tarefa de fixar seu valor deve ser realizada com rigor, adotando-se critérios de razoabilidade, levando em consideração a situação econômica tanto da parte que deve ser indenizada quanto da parte responsável pelo pagamento.

Tal estipulação deve também se apoiar nas circunstâncias e impressões formadas ao longo do processo e tendo em vista que o valor deve cumprir dupla função, qual seja: compensatória para a vítima e pedagógica para o ofensor, sem se descurar dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

De acordo com entendimento do Superior Tribunal de Justiça, “o valor do dano moral deve ser fixado com moderação, considerando a realidade de cada caso, cabível a intervenção da Corte quando exagerado ou infimo, absurdo, fugindo de qualquer parâmetro razoável” (AgRg no AI 598700/SP, 3ª Turma, Relator Ministro Antônio de Pádua Ribeiro, j. 08/03/2005).

Em vista desses parâmetros, entendo que o montante de R\$ 5.000,00, fixado em sentença, atende aos critérios da razoabilidade e proporcionalidade, sem se revelar excessivo para a circunstância e sem gerar o enriquecimento sem causa da parte.

Ressalva-se que a fixação de valor indenizatório em montante inferior ao pretendido não implica sucumbência recíproca, na forma da Súmula 326 do STJ: “Na ação de indenização por dano moral, a condenação em montante inferior ao postulado na inicial não implica sucumbência recíproca”.

Portanto, nota-se que a r. sentença recorrida conferiu justa e adequada solução ao litígio, com a análise objetiva e assertiva dos fatos e do direito, motivo pelo qual deve ser mantida pelos próprios fundamentos, nos termos do artigo 252 do Regimento Interno deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la”.

O Colendo Superior Tribunal de Justiça tem adotado este entendimento quando predominantemente reconhece “a viabilidade de o órgão julgador adotar ou ratificar o juízo de valor firmado na sentença, inclusive transcrevendo-a no acórdão, sem que tal medida encerre omissão ou ausência de fundamentação no decisum” (REsp nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rel. Min. João Otávio

de Noronha, j. de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rel. Min. Castro Meira, j. de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rel. Min. Eliana Calmon, j. 17.12.2004 e REsp nº 265.534- DF, 4ª Turma, Rel. Min. Fernando Gonçalves, j de 1.12.2003)

Assim explicitou o r. juiz sentenciante (fls. 253/254):

“No mérito. o autor comprovou seu vínculo contratual com as requeridas Gama e Humana Saúde, por meio da "carteirinha" acostada a fls. 18 e, apesar da impugnação oferecida pela corre Gama, não há nos autos elementos que evidenciem o contrário.

Pois bem. É fato incontroverso que o autor, na data de 17/03/2024, foi diagnosticado com apendicite, com prescrição de tratamento cirúrgico (fls. 22).

Fixadas essas premissas, a questão central consiste em saber se a internação ostentava, em parte ou no todo, natureza de urgência ou emergência clínica, e eventual negativa/atraso de cobertura.

Nesse cenário, muito embora o relatório médico de fls. 22 não tenha utilizado literalmente o termo emergência para formulação do pedido de internação, deflui-se logicamente que o pedido está ancorado na situação clínica grave de apendicite. Tanto assim que não houve impugnação em sentido contrário.

Ademais, cumpre sublinhar que, de fato, a imposição de períodos de carência é legítima e possui previsão legal e regulamentar. No entanto, a estipulação de prazo de carência no contrato de plano de saúde não pode obstar a cobertura em casos de emergência ou urgência nos termos do art. 35 -C da Lei de Plano de Saúde.

Dai porque, tendo em conta a prescrição médica, com orientação de internação a para resolução cirúrgica do caso (fls. 22), a negativa dos requeridos está desprovida de lastro jurídico, seja para a internação solicitada, seja para a intervenção cirúrgica.

[...]

Já com relação à conduta do nosocômio demandado, o vício do serviço hospitalar está configurado. Se havia prescrição médica para a internação e para o procedimento cirúrgico, desvela-se claro que a permanência do paciente em pronto socorro por substancial período de tempo foi, quando menos, insuficiente. Depreende-se de fls. 99 que o paciente aguardou sentado na poltrona por toda a noite do dia 18/03/2024 (das 00h49m49 às 06h48m57).

Conquanto tenha recebido cuidados médicos e de enfermagem, as condições de assistência eram inferiores e incompatíveis com a gravidade de seu quadro clínico. Do contrário, inexistiria razão para expressa recomendação de cuidados intensivos. Vale dizer, não se trata de mero inconformismo com as condições de acomodação do paciente e de seu acompanhante, mas de inadequação da prestação do serviço.

Nesse sentido, o pedido de indenização por danos morais deve ser acolhido. Embora a parte autora não tenha ficado sem atendimento médico, uma vez que a cirurgia foi realizada, entendo que a situação vivenciada causou abalo na esfera de seus direitos da personalidade e à sua dignidade, situação que certamente extrapola o mero aborrecimento da vida cotidiana, de modo que se mostra razoável afixação de compensação a título de dano moral.

Assim, a indenização à parte autora é devida, sobretudo como mecanismo para compensar o abalo e a decepção sofridos, bem como para estimular a parte ré a não proceder dessa forma em casos futuros. Além disso, deve ser observada não apenas a capacidade econômica do atingido, mas também dos ofensores, de modo a que não haja enriquecimento injustificado e não lastreie indenização que não atinja o caráter repressivo a que se propõe.

Diante dos fatos acima narrados, razoável a fixação do quantum indenizatório em R\$ 5.000,00, o que se desvela suficiente para reparar o sofrimento experimentado, servindo, também, de finalidade pedagógica para as empresas rés.”

Portanto, nega-se provimento a ambos os recursos.

Diante da manutenção do julgado, majoro os honorários de sucumbência então arbitrados para 15% sobre o valor atualizado da causa (art. 85, §§ 2º e 11, do CPC).

Considera-se prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional declarada, observando o sólido entendimento do E. Superior Tribunal de Justiça de que “é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida” (EDcl no RMS nº 18.205/SP, Relator Ministro Felix Fischer, j. 18.04.2006).

Isto posto, pelo meu voto, **NEGA-SE PROVIMENTO a ambos os recursos, nos termos da fundamentação supra.**

**GILBERTO FRANCESCHINI
RELATOR**