



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000380760

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1007834-47.2022.8.26.0590, da Comarca de São Vicente, em que é apelante VICTOR HUGO FERREIRA (JUSTIÇA GRATUITA), é apelado ASSOCIAÇÃO SANTA SAÚDE.

ACORDAM, em 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 Exmos. Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente), CLAUDIO GODOY E ALEXANDRE MARCONDES.

São Paulo, 15 de abril de 2025

ALBERTO GOSSON

RELATOR

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Comarca: Foro de São Vicente/4ª Vara Cível

Processo nº: 1007834-47.2022.8.26.0590

Apelante: VICTOR HUGO FERREIRA

Apelados: ASSOCIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE SANTA CASA DE SANTOS

Juiz Prolator: Fernando Eduardo Diegues Diniz

VOTO N.º 33.298

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. Sentença de improcedência. Insurgência do autor, alegando ser devida a cobertura de tratamento cirúrgico desde o ajuizamento da demanda. Sentença mantida por seus próprios fundamentos (art. 252, do RI do TJSP). Elementos colacionados nos autos apontam que o autor já era portador da doença objeto do tratamento cirúrgico que teve a cobertura negada. Sentença que concluiu acertadamente pela pré-existência da condição e validade da negativa de cobertura pela operadora de saúde. Cobertura Parcial Temporária (CPT) de 24 meses para doenças preexistentes, conforme contrato e legislação aplicável. Declaração do autor ao perito confirma a preexistência da condição de saúde. Para além disso, após o término do prazo de 24 meses, os procedimentos foram autorizados pela operadora de saúde. Demonstração de boa-fé. Majoração dos honorários advocatícios (art. 85, § 11, do CPC). Recurso desprovido.

Vistos.

VICTOR HUGO FERREIRA apela da respeitável sentença (fls. 573/579) que, nos autos de ação de obrigação de fazer ajuizada em face de **ASSOCIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE SANTA CASA DE SANTOS**, julgou improcedente o pedido inicial.

Quanto aos ônus sucumbenciais, a respeitável sentença estipulou que o autor arcará com as custas, despesas processuais e honorários



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

advocatícios fixados em 10% sobre o valor da causa, “dispensado tal pagamento por ser aquela beneficiária da assistência judiciária, observados os termos do art. 98, § 3º, do Código de Processo Civil”.

Inconformado, o autor sustenta a necessidade de reforma da sentença, pois “caberia à ré apelante exigir exames para admissão do consumidor, não sendo possível reconhecer posteriormente, como fez o magistrado de primeira instância, doença preexistente”.

Nesse sentido, argumenta (i) ser aplicável ao caso a Súmula/TJSP nº 105 e a Súmula/STJ nº 609, pontuando que “ainda que se convença se tratasse de doença pré-existente, deveria ter a Operadora comprovado, de forma cabal, que quando da contratação, ou seja, em agosto de 2021, o autor tinha ciência de que era portador da moléstia, e, mais ainda, que tal condição importaria carência, tendo, portanto, agido de má-fé”; (ii) “ainda que se entendesse que o apelante tinha ciência de Doença ou lesão pré-existente (o que se admite por amor ao debate), considerando-se que, antes de proferida a sentença, havia sido superado o prazo de CPT, injustificável a improcedência decretada”; e (iii) “a Operadora de Saúde, no curso do processo, reconheceu sua obrigação, autorizando a suportando a cirurgia”.

Assim, pleiteia o provimento do recurso, “para julgar procedentes as pretensões do autor-apelante, com as cominações de estilo, inclusive condenação da apelada como litigante de má-fé”.

Recurso tempestivo, isento de preparo (fls. 119/120), e respondido (fls. 592/606).

Há oposição ao julgamento virtual (fls. 617 e 619).

É o relatório.

Colhe-se dos autos que o autor “apresenta deformidade dento



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

facial com diversos problemas funcionais e sintomatologia dolorosa na Articulação Temporomandibular (ATM) e na região dos músculos Masseter, Pterigoideo Lateral e Temporal bilateral", tendo sido prescrito pelo médico assistente tratamento cirúrgico, conforme relatório médico de fls. 31/35. Sob o fundamento de que a operadora de saúde negou cobertura ao procedimento, o autor ajuizou a presente demanda, que, contudo, foi julgada improcedente pelo Juízo *a quo*. Neste contexto, houve a interposição do presente recurso de apelação.

A controvérsia no presente caso diz respeito ao dever de cobertura ou não da operadora de saúde ré, ora apelada, ao tratamento cirúrgico prescrito pelo médico assistente. De um lado, a apelada afirma que não teria o dever pelo fato de a condição em tratamento ser preexistente à contratação do plano – argumento acolhido pela sentença. Do outro, o autor afirma ser devida a cobertura sob o fundamento de que a condição não constou na declaração de saúde bem como não houve a realização de exames no momento da contratação do plano – neste ponto, o apelante impugna aditamento ao contrato, feito após a solicitação de autorização para cirurgia, em que a condição de pré-existência foi admitida.

Em que pese a insurgência do autor, a respeitável sentença não merece qualquer reparo, devendo ser mantida por seus próprios fundamentos (art. 252, do RI do TJSP).

De forma específica, a sentença embasou acertadamente a conclusão pela improcedência da demanda, nos seguintes fundamentos:

(i) o autor reconheceu a pré-existência da condição que tornou necessária a cirurgia ao subscrever um aditivo contratual (fls.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

332/335) em 16/06/22, após a contratação original do plano de saúde em 27/08/21;

(ii) a negativa está amparada em disposição contratual e no art. 11 da Lei 9.656/98, que permite a exclusão de cobertura para doenças preexistentes por até 24 meses; e

(iii) o autor informou que, após o transcurso do prazo de 24 meses e a apresentação do laudo pericial (fls. 509/545), a operadora de saúde ré emitiu a guia e proporcionou as condições necessárias para a realização dos procedimentos.

Confira-se o inteiro teor da fundamentação utilizada pelo Juízo *a quo*:

Trata-se de ação de obrigação de fazer, ajuizada em 06/07/22, na qual o autor manifesta que houve recusa injustificada da ré, administradora do plano de saúde ao qual filiado, ao custeio dos procedimentos cirúrgicos especificados no documento de fls. 31/35, ao qual havia agendamento para realização no hospital conveniado à ré para o dia 18/05/22.

A ré demonstrou, através de prova documental, que no dia 16/06/22 o autor subscreveu declaração de aditivo contratual referente à cobertura parcial temporária àquela contratada originalmente com o plano de saúde (fl. 334), na qual reconheceu o aderente a existência de doença ou lesão preexistente, não comunicada quando da contratação, a qual se deu em 27/08/21 (fls. 325/331).

Identificada através de entrevista qualificada e admitido pelo autor o quadro preexistente, isto resultou na suspensão da cobertura temporária dos procedimentos especificados na fl. 335, dentre as quais justamente aqueles procedimentos requisitados pelo médico assistente.

A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão da cobertura, pelo período de até 24 meses, de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos

relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, sendo que, no caso em exame, esta foi objeto de termo aditivo posterior à contratação, quando admitido pelo autor, perante o réu, que omitiu a informação do quadro preexistente.

O laudo pericial apurou que o autor “(...) apresenta as características de uma má oclusão do tipo classe II, ou seja, projeção vestibular dos incisivos e queixo para trás ou junto ao pescoço. Essa condição está associada a problemas estéticos, funcionais e de saúde, como dificuldade na mastigação, na fonação, na respiração, na articulação temporomandibular (ATM) e no sono. A cirurgia ortognática para pessoas portadoras de má oclusão Classe II consiste em reposicionar a mandíbula inferior para frente, de modo que os dentes superiores e inferiores se encaixem corretamente” (fl.531), sendo que os procedimentos cirúrgicos indicados pelo profissional que assistiu o autor eram os recomendáveis no caso da patologia que o afligia (v. resposta ao quesito 5, fl. 54 1).

Todavia, a patologia era preexistente à adesão do autor ao plano de saúde administrado pela ré, tanto que realizava aquele tratamento prévio, conforme respostas aos quesitos 1 e 2 de fl. 542, fato inclusive admitido pelo autor, quando subscreveu o termo aditivo.

O contrato celebrado entre as partes é expresso no sentido da cobertura parcial temporária para doenças preexistentes suspender, por 24 meses, a cobertura de eventos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade, sendo que, decorrido este prazo, a cobertura passará a ser integral à doença ou lesão preexistente, conforme cláusulas 5.2, 5.3 e 5.4 (fl. 306).

Como o contrato foi celebrado em 27/08/21 e houve o aditamento em 16/05/22, retroativo àquela data, a recusa da ré foi justificada, não estando o quadro dentro das hipóteses de urgência ou emergência, pelo que a cobertura dos procedimentos aludidos na inicial poderia ser integral apenas a partir de 27/08/23.

Informa o autor, sem precisar a data, que depois da apresentação do laudo “(...) a ré emitiu a guia e proporcionou as condições necessárias, tendo o autor sido submetido aos procedimentos pretendidos nessa demanda” (sic fl. 568), ou seja, além da recusa justificada, houve carência superveniente.

E se diz justificada a recusa à cobertura posto amparada no art. 11, da Lei 9.656/98:

“Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.”

De qualquer forma, cumprido o prazo de suspensão temporária parcial da cobertura, em razão de se tratar de quadro preexistente, a ré, pelo existente nos autos, deu cobertura aos procedimentos objeto da presente ação, ao que não estava obrigada quando do ajuizamento desta, daí considero inviável a pretensão inicial, nos moldes nos quais deduzida em juízo.

Pelo exposto, JULGO IMPROCEDENTE o pedido formulado na inicial, extinguindo o processo, com resolução do mérito, nos termos do art. 487, I, do Código de Processo Civil”.

Acrescenta-se ainda que, apesar de como regra, à luz do disposto na Súmula/TJSP nº 105 e na Súmula/STJ nº 609, ser exigível a realização de exame médico admissional para que a operadora de saúde ré possa oferecer recusa à cobertura de doença pré-existente, as circunstâncias do caso concreto afastam a incidência do entendimento. Afinal, ainda que não tenha sido feito exame admissional, o próprio autor assinou aditamento ao contrato (fls. 332/335) em que reconheceu a pré-existência da condição.

A corroborar o aditamento, o laudo pericial (fls. 509/545) confirma a veracidade do que foi declarado no aditamento, pois relata que foi justamente a condição de saúde que o levou a contratar o plano. Confira-se:

“Durante a perícia, foi narrado pelo Sr Victor Hugo Ferreira, que “sempre tive os dentes tortos e os dentes de cima pra frente, sentia muita dor quando abria a boca. Toda vez que eu abria a boca, fazia um estalo bem perto do ouvido. Um dia, eu fui no dentista e ele me disse que eu precisava usar um aparelho nos dentes para melhorar a minha mastigação e a minha respiração. Eu sentia falta de ar quando fazia atividades físicas e durante a noite tenho dificuldade de respirar. Ele falou que o aparelho ia ajudar a diminuir essas dores, mas que se eu quisesse arrumar de vez tido isso, talvez eu teria que fazer uma cirurgia. Foi passando o tempo e eu continuei usando o aparelho, mas as dores não passaram. Eu ainda sentia



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

muita dor ao abrir a boca e às vezes até para falar. Outro dentista me deu uma placa de mordida e uns remédios para aliviar a dor, mas não adiantou muito. **Eu fiquei preocupado com a minha saúde e resolvi contratar um plano de Saúde da Santa Casa e queria fazer a cirurgia para melhorar minha saúde.** Mas quando eu fui pedir a autorização para a cirurgia, eles negaram.” (fl. 513).

Sendo assim, não há como acolher a tese recursal no sentido de que o aditamento seria nulo sob a alegação de que o autor teria sido compelido a assinar o documento. Pelo contrário, a própria declaração do autor ao perito confirma os termos do aditamento.

Para além disso, conforme destacado na sentença, após o transcurso do prazo de 24 meses, os procedimentos prescritos pelo médico assistente foram autorizados – o que demonstra a boa-fé da operadora de saúde no caso em tela.

Ante o exposto, **nega-se provimento** ao recurso.

Considerando o desprovimento do recurso, majora-se os honorários advocatícios para 15% sobre o valor da causa, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É como voto.

Alberto Gosson
Relator