



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000384049

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1030638-81.2023.8.26.0005, da Comarca de São Paulo, em que é apelante PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A, são apelados REGEANE KELLI PEREIRA MAFRA e HENRIQUE BEZESSA SOUSA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª 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 LIA PORTO (Presidente sem voto), MIGUEL BRANDI E PASTORELO KFOURI.

São Paulo, 22 de abril de 2025.

LUIZ ANTONIO COSTA

Relator

Assinatura Eletrônica

Voto nº 25/59674

Apelação Cível nº 1030638-81.2023.8.26.0005

Comarca: São Paulo

Juiz de 1ª Instância: Débora Thais de Melo

Apelante: Porto Seguro - Seguro Saúde S/A

Apelado: Regeane Kelli Pereira Mafra e outro

Apelação – Ação de Obrigação de Não Fazer, ajuizada pelo plano de saúde – Improcedência – Reconvenção da beneficiária julgada procedente – Portabilidade de carências – Processo no qual, em regra, não é permitido requerer o preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde (DS) e não é válido alegar Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) – Alegação de doença preexistente não possui o condão de justificar a negativa de cobertura ou a rescisão unilateral do contrato – Carência relativa a tal condição já foi cumprida no plano de origem e novo período de carência é descabido – Exigência de declaração de saúde por parte da Apelante que se mostra abusiva e contrária à legislação em questão – Cobertura do tratamento e procedimentos cirúrgicos devida pela operadora – Dano moral que ficou configurado na hipótese – Ré que já vinha realizando o referido tratamento – Sentença mantida – Recurso improvido.

Recurso de Apelação interposto contra sentença julgou improcedente Ação de Obrigação de Não Fazer, movida pela Apelante em face da Apelada, e julgou procedente a Reconvenção, para “*manter o plano de saúde celebrando entre as partes, mediante o pagamento das mensalidades, sem imposição de novo período de carência e com cobertura integral dos tratamentos necessários indicados nos autos, quais sejam, “cirurgia de timpanoplastia, retirada da prótese e da cirurgia da prótese de Sistema Cochlear de Osia 2”, ratificada a tutela de urgência concedida a fls. 289/290; (i) condenar a parte autora ao pagamento de indenização por danos morais aos réus no valor total de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), atualizado monetariamente a contar desta,*

e com juros de mora contados da intimação da autora/reconvinda para responder à reconvenção.”

Em síntese, a Apelante recorre, argumentando que a Apelada fraudou a declaração prévia de seu estado de saúde. Diz que sofreu cerceamento de defesa, porque requereu a produção da prova pericial médica, a fim de confirmar as alegações apresentadas, contudo o d. Juízo *a quo* entendeu pelo julgamento antecipado da lide. Afirma que o contrato celebrado entre as partes dispõe expressamente sobre a possibilidade de exclusão de segurados e/ou suspensão de cobertura, em caso de fraude. Salienta que não foram preenchidos os requisitos para portabilidade de plano, mas que tão somente houve alteração para plano com redução de carência. Não há danos morais no caso.

Contrarrazões (fls. 583/597).

Recebo o recurso em seu regular efeito.

É o relatório.

De início, o julgamento antecipado do processo, sem a realização de outras provas, não caracterizou cerceamento de defesa nem violação à garantia constitucional da ampla defesa e do devido processo legal, pois, como já se decidiu, “*Sendo o juiz o destinatário da prova, somente a ele cumpre aferir sobre a necessidade ou não de sua realização. Nesse sentido: RT 305/121*”.

No mesmo sentido é o pensamento do Superior Tribunal de Justiça, *in verbis*: “Tendo o magistrado elementos suficientes para o esclarecimento da questão, fica o mesmo autorizado a dispensar a produção de quaisquer outras provas, ainda que já tenha saneado o processo, podendo julgar antecipadamente a lide, sem que isso configure cerceamento de defesa” (STJ-6ª Turma, Resp 57.861-GO, rel. Min. Anselmo Santiago, j. 17.2.98, não conheceram, v.u., DJU 23.3.98, p. 178).

No caso em tela, o d. Juízo *a quo* considerou desnecessária a produção da perícia judicial requerida pela Apelante, sendo suficiente o conjunto probatório já colacionado aos autos para o julgamento da demanda.

Por essas razões, afasto o alegado cerceamento de defesa.

Pois bem.

In casu, verifica-se que se trata de portabilidade de plano anterior, não havendo carência, de forma que não se exigia que a Apelada prestasse informações que não aquelas apresentadas.

O artigo 21 da Resolução Normativa 438/2018 da ANS estabelece as regras sobre a portabilidade entre planos de saúde. De acordo com este artigo, no processo de portabilidade de carências, não é permitido requerer o preenchimento de um formulário de Declaração de

Saúde (DS) e não é válido alegar Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

A única exceção é prevista no parágrafo único do referido artigo: quando o plano de saúde oferece coberturas que não estão previstas no plano de origem. Nesse caso, é possível exigir o preenchimento do formulário DS e a alegação de DLP apenas para as novas coberturas.

Portanto, não fazia sentido solicitar a declaração prévia de saúde à Apelada, uma vez que não há falta de cobertura no plano de origem.

Ademais, a parte Ré tinha a intenção clara de efetivar a portabilidade do plano de saúde, nos termos da Resolução Normativa 438/2018 da ANS, não havendo qualquer indício de que a Ré estava ciente sobre suposta contratação sob regime de redução de carência, como diz a Recorrente.

A Recorrida comprovou ter preenchido os requisitos exigidos pela normativa, dispostos no art. 3º da referida Resolução.

A sentença ainda observou:

“Incontroverso que a parte ré já era beneficiária de um plano de saúde anterior, conforme comprovado pela carta de permanência anexada aos autos (fls. 172/173). Tal circunstância era de conhecimento do corretor de seguros

que intermediou a negociação entre a autora e a parte ré, como se observa da mensagem de fl. 385: “[17/08/2023 13:56:15] Adriano Luiz Corretor Convenio: Você tem ainda a carteirinha da Unimed ?”. Ademais, a autora reconhece ter recebido a "declaração de permanência" encaminhada pela requerida (fl. 331). Em que pese a operadora alegar que a autora não apresentou o relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino, nos termos do artigo 16, III da Resolução Normativa 438/2018 da ANS, deve-se considerar que, em atenção ao dever de informação das prestadoras de serviço, bem como ao princípio da boa-fé que norteia as relações contratuais, competia à operadora de plano de saúde comunicar a requerida a fim de que fosse suprida eventual irregularidade, ou, ao menos, ter informado o motivo da recusa da solicitação, o que não se vislumbra nos autos, uma vez que a operadora não comprovou que prestou informações acerca do processo de portabilidade ou do motivo da negativa. Em verdade, sequer consta nos autos a comunicação da recusa. Ressalta-se que a obrigação de apresentar a justificativa da recusa está prevista no artigo no artigo 17, parágrafo único, da Resolução Normativa 438/2018 da ANS.”

Assim, a Requerida faz mesmo jus à portabilidade, e nesse cenário, a alegação de doença preexistente não possui o condão de justificar a negativa de cobertura ou a rescisão unilateral do contrato.

Isso porque a carência relativa a tal condição já foi cumprida no plano de origem e novo período de carência é descabido. A exigência de declaração de saúde pela Apelante, na hipótese, mostra-se abusiva e contrária à legislação em questão.

Dito isso, é correta a sentença também na parte que julgou procedente a Reconvensão, salientando: *“procedimento médico inicialmente negado, qual seja, “cirurgia de timpanoplastia, retirada da prótese e da cirurgia da prótese de Sistema Cochlear de Osia 2”, indicado nos relatórios médicos juntados (fls. 200/268) não trazido em contestação qualquer outro óbice contratual à realização dos procedimentos, de rigor a condenação da operadora na cobertura, nos moldes pleiteados em reconvensão.”*

E também quanto à indenização por danos morais, ao consignar *“verifica-se que a negativa de cobertura pela autora gerou prejuízos emocionais e materiais à parte ré, que teve seu direito à assistência médica frustrado. A conduta da autora extrapolou os limites contratuais e legais, configurando prática abusiva e ensejando reparação pelos danos causados. Os danos morais, neste contexto, decorrem do desrespeito ao direito do consumidor, da angústia sofrida pela parte ré diante da recusa do procedimento necessário e da violação de sua dignidade. Assim, considerando os critérios de razoabilidade e proporcionalidade, arbitra-se a indenização por danos morais no montante de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).”*

Com efeito, na hipótese, entendo que ficou configurado o dano indenizável, considerando o tempo ao todo do contrato, além das questões médicas da Ré que exigem constante acompanhamento, já há algum tempo, sobre o que houve indevida e injustificada recusa do plano de saúde, em momento em que claramente a Ré necessitava de rápido amparo.

Mais não é preciso dizer para manter a sentença como proferida. Honorários majorados para o percentual de 12% (art. 85, §11, CPC).

Isso posto, pelo meu voto, **nego provimento ao recurso.**

Luiz Antonio Costa
Relator