



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000405466

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1015744-44.2024.8.26.0562, da Comarca de Santos, em que é apelante UNIMED DE SANTOS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, é apelado ADRIANO APARECIDO AMORIM SANCHES.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 10ª 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 JAIR DE SOUZA (Presidente) E ANGELA MORENO PACHECO DE REZENDE LOPES.

São Paulo, 28 de abril de 2025.

JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO Nº 1015744-44.2024.8.26.0562

APELANTE: UNIMED DE SANTOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELADO: ADRIANO APARECIDO AMORIM SANCHES

JUIZ: FABIO FRANCISCO TABORDA

VOTO Nº 38.539

***APELAÇÃO** – Plano de Saúde - Ação de Obrigação de Fazer – Pretensão de compelir a ré a custear o atendimento de urgência para investigação com internação e biópsia de leucemia mielóide – Sentença de parcial procedência – Inconformismo do plano de saúde, pugnando pelo reconhecimento da legalidade da cláusula de carência do contrato celebrado entre os litigantes, não tendo sido comprovada a situação de urgência/emergência, entendendo ser descabida a condenação por indenização por danos morais imposta – Descabimento – Caso em que se revela abusiva a cláusula de carência, uma vez que o autor diagnosticado com suspeita de leucemia mielóide necessitava de atendimento para investigação, realização de biópsia e tratamento, evidenciando que se encontrava na situação de urgência prevista no artigo 35-C, inciso I, da Lei nº 9.656/98 – Negativa manifestada pela operadora de saúde que foi suficiente para gerar abalo moral passível de ser indenizado – Quantum mantido em R\$ 10.000,00 - Recurso desprovido.*

Vistos.

Trata-se de Apelação interposta contra sentença proferida pelo MM. Juiz da 6ª Vara Cível da Comarca de Santos, em Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenização proposta por ADRIANO APARECIDO AMORIM SANCHES contra UNIMED DE SANTOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, que julgou parcialmente procedente a ação para condenar a ré a a manter o plano de saúde do autor, custeando inteiramente o tratamento de sua doença, sem impor qualquer restrição relativa à carência contratual, e a pagar, ao autor, indenização por danos morais, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a ser

corrigido monetariamente, com base nos índices da Tabela de Débitos Judiciais do TJSP, desde a sentença (Súmula nº 362 do STJ). Os juros moratórios, por sua vez, incidentes desde a citação, serão calculados à taxa de 1% ao mês até 28/08/2.024, data em que a Lei Federal nº 14.905/2.024, responsável pela alteração da redação do artigo 406, §1º, do CC, passará a produzir efeitos. A partir daí, será aplicada a taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (SELIC), deduzido o índice de atualização monetária. Ratifico, por conseguinte, a tutela de urgência concedida in initio litis. Sucumbente, a ré deverá arcar com as custas e despesas processuais, além do pagamento de honorários advocatícios devidos ao patrono do consumidor, arbitrados em 15% (quinze por cento) do valor da condenação. A ré apelou, pugnando pelo reconhecimento da legalidade da cláusula de carência do contrato celebrado entre os litigantes, não havendo que se falar em cobertura imediata para serviços de que necessitou o autor, por não se tratar de hipótese de situação de urgência/emergência. Entende ser descabida a condenação ao pagamento de indenização por danos morais.

Recurso tempestivo, preparado e contrarrazoado.

É o breve relatório do necessário.

Importante considerar, desde logo, que pela celebração de plano de assistência médica e hospitalar, as partes se envolveram em típica relação de consumo, “ex vi” do que preceituam os artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor.

Tendo as partes, portanto, firmado contrato com previsão de cobertura de despesas relativas à assistência médico-hospitalar, sob

a égide do Código de Defesa do Consumidor, bem como da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos de assistência à saúde, não poderia a ré negar ao autor, com quadro suspeito de leucemia mielóide, atendimento de urgência de procedimento para internação e biópsia, sob o argumento de período de carência contratual.

A necessidade da internação e a urgência do referido tratamento são incontroversos, de modo que evidente a obrigação da ré em cobrir todas as despesas hospitalares relativas a internação, tratamento e realização de exames do apelado.

Com efeito, a teor do que se verifica da guia de encaminhamento de fls. 17 e 19 restou evidenciado que se encontrava na situação de urgência prevista no artigo 35-C, inciso I, da Lei nº 9.656/98, a determinar a não observância do período de carência acenado pela ré, posto que claramente abusivo.

Registre-se, que a r. sentença recorrida está em consonância com o artigo 12, inciso V, alínea “c”, da Lei nº 9.656/98, que estabelece o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para carência de cobertura dos casos de urgência e emergência, prazo já cumprido pelo autor.

Sem razão a ré, portanto, em arrostar a pretensão judicialmente deduzida, invocando o parágrafo único do artigo 2º, da Resolução Normativa nº 13, do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, dada sua inaplicabilidade, na medida em que se trata de norma infra legal restritiva, pois termina por restringir, indevidamente, o limite mínimo já imposto no artigo 12, inciso V, alínea “c”, da Lei nº 9.656/98.

Nesse sentido, têm-se os seguintes julgados

prolatados por este Egrégio Tribunal de Justiça:

"APELAÇÃO - Plano de saúde – Cerceamento de defesa – Inocorrência – Documentos existentes nos autos suficientes para o julgamento da ação – Desnecessidade de expedição de ofícios para os médicos ou realização de prova pericial para verificar se o autor sofria de doenças preexistentes – Quadro clínico do autor que indicava que a necessidade urgente da realização dos exames – Preliminar afastada. Plano de saúde – Exames negados pelo plano de saúde sob a justificativa de carência contratual – Prazo de carência que não se aplica em hipóteses de urgência e emergência - Reconhecida a abusividade da negativa de cobertura – Quadro do autor que não se sujeitava ao prazo de carência do contrato – Aplicação da Súmula 103 deste E. Tribunal – Negativa de autorização de exames – Liminar concedida e descumprida – Exames realizados apenas com o pagamento particular pelo paciente - Cancer de pele – Conduta ilícita - Danos morais evidentes – Dores, medo, necessidade de se socorrer a parentes para o pagamento dos exames – Paciente com 90 anos de idade – Danos que extrapolam o mero

aborrecimento - Danos morais, no entanto, que devem ser reduzidos para R\$ 10.000,00 – Danos materiais corretamente reconhecidos – Exames pagos de forma particular – Reembolso necessário – Multa por descumprimento da liminar – Multa imposta corretamente – Valor razoável – Sentença parcialmente reformada – Recurso parcialmente provido, apenas para reduzir o valor da indenização por danos morais para R\$ 10.000,00.” (Apelação nº 1000476-93.2021.8.26.0516, 6ª Câmara de Direito Privado - Relator COSTA NETTO, j. 21.06.2022).

Apelação. Plano de Saúde. Criança de 04 anos diagnosticada com câncer. Situação de emergência. Recusa da ré em cobrir as despesas, fundada na alegação de se encontrar o contrato no prazo de carência. Descabimento. No caso de atendimento de urgência/emergência, não se admite qualquer restrição por parte da empresa de plano de saúde. A questão de carência é superada diante da possibilidade de lesões irreparáveis ao paciente. Danos morais configurados. Valor bem fixado (R\$ 10.000,00). Sentença mantida. Recurso improvido (Apelação nº 1000080-41.2020.8.26.0617, 8ª Câmara de Direito Privado - Relator PEDRO DE ALCÂNTARA DA

SILVA LEME FILHO, j. 08.05.2022).

Ademais, o Código de Defesa do Consumidor atua em favor do autor, visto que a interpretação de cláusulas contratuais favoráveis ao consumidor está prevista em seu artigo 47, sendo certo, por outro lado, que a negativa manifestada pela ré configura a hipótese prevista em seus artigos 6º, inciso IV, e 51, inciso IV, posto que incompatível com a natureza do contrato.

Realmente, a ré ao manifestar a negativa já epigrafada, impôs à autora ônus excessivo que determinou flagrante e ilegal desequilíbrio contratual, vedado pelas normas de proteção do Código de Defesa do Consumidor e pelo princípio da boa fé objetiva, rechaçado pela r. sentença apelada, que assim evitou violação ao direito fundamental à saúde, à vida e, inclusive ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, direitos abrangidos na cobertura do plano de saúde contratado, que, sinal-se, tem justamente por objeto a cobertura para tratamentos médico-hospitalares.

Logo, a responsabilidade da ré pelo custeio do tratamento do autor é inquestionável, dela não sendo possível se isentar, pois como já observado, o atendimento do autor, com consequente internação, ocorreu em caráter de urgência.

E como bem decidiu o MM. Juiz “a quo”: ***“Isto porque, ao contrário do que tenta fazer crer a operadora, o teor do relatório médico de fls. 254 não deixa dúvida de que, até junho de 2024, o autor desconhecia a possibilidade de estar adoentado gravemente. Aliás, os relatórios médicos anexados a fls. 259 e 266 revelam que o diagnóstico somente foi fechado***

em julho/24, a partir de quando seu quadro passou a ser tratado como leucemia mielóide crônica (CID 10 C92.1), e não mais como suspeita. Tais constatações, a meu ver, são suficientes para fazer cair por terra qualquer argumentação no sentido de que a doença pode ser anterior à contratação.” (verbis, cfr. fls. 297).

Com efeito, não há como se ignorar que o autor passou por situação traumática e desgastante, que fugiu da esfera do mero aborrecimento, quando tendo procurado a ré para que esta autorizasse a realização de internação e realização de biópsia para confirmação de leucemia mielóide, teve seu pedido negado, precisando, então, socorrer-se do Poder Judiciário para obter a prestação que deveria lhe ser concedida administrativamente pelo plano do qual é beneficiário.

Não é demais enfatizar, que a postura da ré no episódio em foco contrariou, frontalmente, o direito fundamental à saúde, à vida e, inclusive ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, direitos abrangidos na cobertura do plano de saúde contratado.

Por oportuno, cito o seguinte julgado do Egrégio Superior Tribunal de Justiça:

“Agravos regimental no recurso especial. Civil e processo civil. Indenização por danos morais. Negativa de cobertura de plano de saúde. Dissídio jurisprudencial. Pretensão encontra amparo na jurisprudência desta corte superior. Dano 'in re ipsa'. Restabelecimento da sentença. Agravo desprovido” (3ª Turma, AgRg no REsp 1286839/SP,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Julgamento,
19/02/2013).

Considerando o grau de culpa da ré e sua possibilidade financeira, e de outro o sofrimento do autor, e levando-se em conta que os objetivos primordiais da verba em testilha são desestimular a conduta ilícita da primeira e trazer algum lenitivo ao último, o *quantum* indenizatório deve ser mantido em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), valor que se ajusta aos precedentes desta 10ª Câmara de Direito Privado.

Ante o exposto, nego provimento ao recurso.

Por fim, levando em conta o trabalho adicional desenvolvido pelo patrono do apelado em decorrência do presente recurso, majorados os honorários advocatícios aplicados na sentença, ficam definitivamente fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, com fundamento no artigo 85, parágrafo 11, do Código de Processo Civil.

JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO

Relator