



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000416149

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1141456-43.2022.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante QSAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA., são apelados ANTÔNIO CARLOS DE SOUZA (ESPÓLIO), FERNANDA SANTOS DE SOUZA e ILUZINETE SILVA SANTOS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente), MAURICIO VELHO E VITOR FREDERICO KÜMPFEL.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

4ª Câmara de Direito Privado

Apelação Cível nº 1141456-43.2022.8.26.0100

Apelante: Qsaúde Operadora de Planos de Saúde Ltda.

Apelados: Antônio Carlos de Souza, Fernanda Santos de Souza e Iluzinete Silva Santos

Comarca: São Paulo

Juiz prolator: Marcela Machado Martiniano

Natureza da Ação: Tratamento Médico-hospitalar

Voto nº 6567

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

Recurso de apelação contra sentença que condenou a ré a arcar com despesas médicas de R\$ 218.893,59, referentes ao tratamento do autor no Hospital Alemão Oswaldo Cruz. A sentença confirmou a tutela antecipada e condenou a ré ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios de 10% sobre o valor da condenação.

II. Questão em Discussão

A questão em discussão consiste em analisar a legalidade da recusa de cobertura dos procedimentos médicos.

III. Razões de Decidir

A recusa de cobertura é considerada abusiva, dado o caráter de urgência do tratamento.

A jurisprudência do STJ (súmula 597) e deste E. Tribunal de Justiça (súmula 103) consideram abusiva a negativa de cobertura em situações de urgência, mesmo durante o período de cobertura parcial temporária.

Evidenciada, no caso, a gravidade da infecção do autor e a urgência de realizar os procedimentos, sob pena de riscos a sua vida e saúde.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura em situações de urgência é abusiva, mesmo durante o período de cobertura parcial temporária. 2. O contrato de plano de saúde deve respeitar a função social e os direitos do consumidor.

Trata-se de recurso de apelação interposto em face da sentença de págs. 669/673, que julgou extinto o processo sem resolução do



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

mérito quanto à obrigação de fazer e julgou procedente o pedido, confirmando a tutela antecipada, para condenar a ré a arcar com todas as despesas médicas do tratamento realizado pelo falecido autor no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, no valor de R\$ 218.893,59. Em razão da sucumbência, condenou a ré ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da condenação.

Inconformada, insurge-se a ré, alegando, em síntese, a licitude da recusa de cobertura dos procedimentos. Afirma que o autor estava com cobertura parcial temporária para doenças ou lesões preexistentes. Com isso, pede a reforma da sentença para que o pedido seja julgado improcedente (págs. 676/686).

Contrarrazões (págs. 692/701).

Tempestivo e a despeito da insuficiência do preparo, recebo o recurso no efeito devolutivo, nos termos do artigo 1.012, § 1º, V, do CPC.

Não consta oposição das partes ao julgamento virtual.

É o relatório.

Conheço do recurso, em observância ao princípio da eficiência, porém, em razão da certificada insuficiência do preparo (págs. 704), deverá a apelante providenciar o recolhimento da diferença, no prazo de cinco dias, contados da publicação desta decisão, sob pena de inscrição em dívida ativa.

Quanto ao mérito, não vinga o inconformismo da ré, devendo a

sentença ser mantida por seus próprios fundamentos.

O autor, beneficiário de plano de saúde desde abril de 2012, em realizou a portabilidade do plano de saúde 08.04.2022. Na ocasião, informou as doenças preexistentes e procedimentos aos quais já havia se submetido.

Conforme se extrai dos relatórios médicos, o autor, portador de insuficiência arterial crônica, em decorrência de prévia amputação de dedos do pé (em junho de 2022), apresentou infecção de coto amputado, necessitando ser submetido, em caráter de urgência, a procedimento cirúrgico para amputação ao nível do pé (págs. 118, 119 e 125).

Realizado o procedimento e tratamento no pronto atendimento do em hospital credenciando, houve negativa de custeio pela operadora de saúde, ao argumento de que o beneficiário estava em cobertura parcial temporária – CPT para doença ou lesão preexistente (pág. 515).

Dado o risco de lhe ser negado novos atendimentos em razão do débito não custeado pela operadora, o autor ajuizou esta ação de obrigação de fazer com pedido de antecipação de tutela, deferida pelo juízo, que determinou o custeio do tratamento (págs. 580/582).

Nesse cenário, indubitável, a cobertura do tratamento se impunha, realmente, em caráter de urgência.

Cumpre salientar serem aplicáveis aos planos de saúde as normas do Código de Defesa do Consumidor.

Conforme escreve Cláudia Lima Marques:

“[...] apesar da L.9656/98, na sua versão atual, nominar os antigos contratos de seguro-saúde como planos privados de assistência à saúde, indiscutível que tanto os antigos contratos de seguro-saúde, os atuais planos de saúde,

PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

como os, também comuns, contratos de assistência médica possuem características e sobretudo uma finalidade em comum: o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde do consumidor e de sua família ou dependentes. Mencione-se, assim, com o eminente Professor e Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, que: 'Dúvida não pode haver quanto à aplicação do Código do Consumidor sobre os serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo, de prestação especializada em seguro-saúde. A forma jurídica que pode revestir esta categoria de serviço ao consumidor, portanto, não desqualifica a incidência do Código do Consumidor. O reconhecimento da aplicação do Código do Consumidor implica subordinar os contratos aos direitos básicos do consumidor, previstos no art. 6º do Código[...]" ¹.

Aliás, entendimento esse pacificado pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, ao editar a súmula nº 608: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

O contrato não pode servir apenas aos interesses da recorrente, mas deve estar em conformidade com sua função social.

A esse respeito, valiosa a lição de Nelson Nery Júnior e de Rosa Maria de Andrade Nery²:

"O contrato estará conformado à sua função social quando as partes se pautarem pelos valores da socialidade (CF 3º, I) e da justiça social (CF 170 *caput*), da livre iniciativa, for respeitada a dignidade da pessoa humana (CF 1º, III), não se ferirem valores ambientais (CDC 51, XIV)".

Em arremate³:

"O contrato tem de ser entendido não apenas como as pretensões individuais dos contratantes, mas como verdadeiro instrumento de convívio social e de preservação dos interesses da coletividade. Interessa a toda a

¹ Contratos no Código de Defesa do Consumidor – 4ª ed. p.399

² - Código civil comentado – 5ª ed. – São Paulo – Revista dos Tribunais – 2007 – p. 477 – nota 11 ao art. 421.

³ - op. cit. p. 477.

PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

sociedade, na medida em que os *standards* contratuais são paradigmáticos para outras situações assemelhadas. Tudo o que ocorre relativamente a um contrato terá, forçosamente, repercussão em outros casos que digam respeito ao mesmo tipo de contrato. Essa é apenas uma das consequências nova *socialidade* do contrato. Além de *útil*, o contrato tem de ser também *justo*”.

Na situação dos autos, a ré escusa sua negativa de cobertura integral do tratamento do autor em razão do plano contratado estar, pelo período de 24 meses, com cobertura parcial temporária por doença preexistente.

Ocorre que, como consignado pelo juízo de primeiro grau, a recusa de cobertura foi abusiva, tendo em vista a situação de urgência, comprovada pelo relatório médico, em razão da gravidade da infecção, considerando o risco de perda de membro, e que inclusive o levou a nova amputação da região necrótica.

E tanto estava configurada a situação de urgência que, mesmo sendo submetido ao procedimento de urgência, o autor lamentavelmente sucumbiu dado ao avanço da infecção e da doença.

Aplicável na hipótese, portanto, o enunciado da súmula 103 desta E. Corte e da súmula 597 do C. STJ, que assim dispõem:

“É abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98.”

“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”.

A propósito do tema, entende o C. STJ que:

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

“A jurisprudência deste Sodalício orienta que a cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência, como no caso dos autos” (AgInt no AREsp 964858 / SP – Rel. Min. LÁZARO GUIMARÃES – 4ª Turma – j. 14/08/2018 – pub. DJe 23/08/2018).

“Conforme a jurisprudência desta Corte, afigura-se abusiva a negativa, pelo plano de saúde, de fornecimento dos serviços de assistência médica nas situações de urgência ou emergência com base na cláusula de carência, caracterizando a indevida recusa de cobertura” (AgInt no AREsp 2174617/CE – Rel. Min. MARCO AURÉLIO BELLIZZE – 3ª Turma – j. 13/02/2023 – pub. DJe 16/02/2023).

Nesse sentido, confira-se a jurisprudência desta Corte:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. DECLARAÇÃO DE SAÚDE PREENCHIDA QUANDO DA CONTRATAÇÃO. MÁ-FÉ DA BENEFICIÁRIA NÃO COMPROVADA. SÚMULA 609 DO C. STJ. DOENÇA QUE NÃO ERA PREEXISTENTE. COBERTURA DEVIDA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA EVIDENCIADA. CARÊNCIA QUE TERIA O PRAZO DE 24 HORAS. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO. 1. Não demonstrada a má-fé da beneficiária no preenchimento da "Declaração de Saúde" e ausente prova de que a doença que a acomete seja preexistente, não há fundamento para permitir a imposição de cobertura parcial temporária pela operadora. 2. De todo modo, configurada a situação de urgência, é inadmissível a negativa de cobertura do tratamento sob o fundamento de que a beneficiária está em período de Cobertura Parcial Temporária de 24 meses, pois, nesta hipótese, o prazo de carência é de 24 horas. Inteligência do artigo 12, V, c, da Lei 9.656/98 e da Súmula 103 deste Tribunal (TJSP; Apelação Cível 1032324-23.2022.8.26.0562; Relator (a): Maria do Carmo Honorio; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/01/2024; Data de Registro: 23/01/2024).

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Seguro Saúde – Recusa de cobertura - Carência contratual – Carcinoma ductal (CID 10 C 50.9) em estágio avançado Grau III – Ausência de evidências de conhecimento anterior à contratação do seguro - Caráter emergencial do tratamento – Prazo de carência afastado – Inteligência do art. 35-C da Lei n. 9.656/98 – Presença dos requisitos do art. 300 do CPC/2015 - Recurso provido (TJSP; Agravo de Instrumento 2000182-54.2020.8.26.0000; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 40ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/01/2020; Data de Registro: 12/03/2020)

Ora, prepondera o bem maior que é a vida do beneficiário, não cláusula contratual em detrimento do objeto contratado, que se destina a resguardar a vida e saúde do contratante.

Ademais, como pontuado pelo i. Des. Francisco Loureiro, nos autos do agravo de instrumento nº 2260938-45.2020.8.26.0000, e que amolda exatamente ao caso em comento:

Nem se alegue que normas regulamentares da ANS, editadas em obediência ao comando do art. 35-C, parágrafo único, dão amparo à tese da recorrente e às próprias restrições das cláusulas contratuais.

A Resolução no. 13 do CONSU, em seu art. 1º, reza que a cobertura dos procedimentos de urgência “deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adstrito”.

A cobertura de internação somente estaria limitada ao período de vinte e quatro horas se o plano do autor fosse meramente ambulatorial.

Como, porém, o contrato é de plano ambulatorial e hospitalar (p. 31 dos autos principais), aplica-se o disposto no art. 3º. da citada Resolução 13 do CONSU, do seguinte teor: “Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e de emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

necessários à preservação da vida, órgãos e funções”.

Portanto, configurada a abusividade da conduta da ré ao negar o custeio do procedimento.

Diante do exposto, NEGO PROVIMENTO ao recurso e majoro os honorários advocatícios sucumbenciais para 12%, preservada a base de cálculo fixada na sentença.

CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA
Relator