



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000420870

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008625-60.2024.8.26.0003, da Comarca de São Paulo, em que é apelante KARINA TIEMI KONDO, são apelados REDE D OR SÃO LUIZ S/A e BRADESCO SEGUROS S/A.

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 sem voto), ELCIO TRUJILLO E COELHO MENDES.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

MÁRCIO BOSCARO
Relator
Assinatura Eletrônica

Voto nº 7.391

Apelação Cível nº 1008625-60.2024.8.26.0003

Comarca: São Paulo

Apelantes Karina Tiemi Kondo

Apelados: Rede D'or São Luiz S/A e outro

Juíza: Samira de Castro Lorena

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MORAIS. IMPROCEDÊNCIA. Pretensão reparatória deduzida exclusivamente em face do hospital, em razão de alegada ilicitude na cobrança de valores que deveriam ter sido cobertos pelo plano de saúde. Ameaça de inscrição de débito em cadastros de inadimplentes. Débito que se afigurou legítimo, cuja inscrição em órgãos de proteção ao crédito, se ocorrente, representa exercício regular de direito. Ilicitude não configurada. Apelante que não deduziu pretensão em face do plano de saúde, com vistas ao redirecionamento da cobrança. Eventual irregularidade na cobertura integral do débito pelo plano de saúde que deve ser objeto de ação própria. Sentença mantida. **RECURSO NÃO PROVIDO.**

Trata-se de recurso interposto contra a r. sentença de fls. 246 a 251, proferida em ação indenizatória julgada improcedente.

Inconformada, a apelante reitera a defesa da legitimidade passiva do plano de saúde, e, quanto ao mérito, ter demonstrado a ilicitude da cobrança do débito hospitalar em aberto por parte do nosocômio, já que os serviços deveriam ter sido cobertos pelo plano de saúde, como também demonstrada a configuração dos danos morais, *in re ipsa*, diante da cobrança ilícita que deu ensejo à ameaça de negativação indevida de débito junto aos órgãos de proteção ao crédito. Postula a inversão do julgado, com a procedência dos pedidos.

Recurso tempestivo, preparado e com contrarrazões.

É O RELATÓRIO.

O recurso não comporta provimento.

Conforme se vê, a controvérsia é de simples solução e restrita a aferir se, no caso, a dívida hospitalar cobrada da apelante por parte do hospital requerido é legítima e se houve configuração de danos morais, por conta da ameaça de negativação do nome junto aos cadastros de inadimplentes, circunstância, contudo, não constatada.

Importante deixar claro o fato de que, a despeito de ter a apelante incluído o plano de saúde Bradesco Saúde S/A no polo passivo, como bem observado pelo douto julgador de origem, não cuidou de deduzir qualquer pretensão em face da operadora, senão exclusivamente em face do hospital, conforme se extrai dos pedidos expressamente formulados na peça inicial, *in verbis* transcritos:

“(...)Desse modo, requer que a 1ª requerida seja obrigada a cancelar a cobrança indevida, vez que, foi comprovado que os exames tem cobertura pelo convênio da requerente e que a requerida seja condenada ao pagamento de danos morais no importe de R\$ 30.000 (trinta mil reais), por todo o transtorno gerado a requerente.

DOS PEDIDOS.

Ante o exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) A Procedência total de todos os pedidos.*
- b) Que ao final a presente Ação Judicial seja julgada inteiramente procedente, determinando que a 1ª requerida seja obrigada a cancelar a cobrança indevida no valor de 12.534,86 (Doze mil, quinhentos e trinta e quatro reais e oitenta e seis centavos).*
- C) Que a requerida seja citada para que apresente contestação dentro do prazo legal.*
- D) A condenação da 1ª requerida ao pagamento de danos morais no importe de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).*
- E) A condenação da 1ª requerida ao pagamento de honorários de sucumbência no importe de 20% ao patrono da requerente. (...).”*

Pelo que se depreende da narrativa inicial, a apelante, após receber cobrança por parte do hospital, indagou a operadora de saúde, a qual apenas confirmou a cobertura de alguns procedimentos, o que a levou a crer que a pendência estaria resolvida, o que, contudo, acabou por não ocorrer, pois persistiu a cobrança por parte do nosocômio.

Entretanto, a cobrança é legítima, pois os serviços hospitalares prestados pelo hospital devem ser custeados e, acaso entenda a apelante existir qualquer pretensão a deduzir em face do plano de saúde, pois, afinal, é o responsável pela cobertura contratual de serviços tomados junto a prestadores credenciados, deverá se valer das vias próprias e perante quem de direito.

Nesse propósito, vem a calhar o destaque, *in verbis*, dos seguintes fundamentos lançados pelo douto juízo *a quo*, ao ultimar suas conclusões:

“(...)Com efeito, verifico que embora a operadora Bradesco Saúde tenha sido colocada no polo passivo, os pedidos deduzidos de cancelamento da conta hospitalar e indenização por danos morais apenas foram formulados, de forma expressa, em relação à primeira ré, no caso, a Rede D'Or São Luiz, não tendo sido deduzido pedido para que a cobrança fosse redirecionada ao convênio. Destarte, especificamente em razão disto, a corré Bradesco é parte ilegítima para responder pelos pedidos formulados na presente ação, impondo-se a extinção do feito em relação a ele com fulcro no artigo 485, inciso VI, do Código de Processo Civil.

Quanto ao nosocômio, o pedido é improcedente.

Com efeito, o hospital é parte alheia ao contrato de plano de saúde mantido entre a autora e o Bradesco Saúde, de modo que tendo prestado os serviços, possui direito de receber a contraprestação devida nos termos do contrato entabulado entre as partes, bem assim adotar as medidas de cobrança correlatas.

Outrossim, inexistiu qualquer falha ou defeito de informação por parte do Rede D'Or, haja vista que, pelo que se extrai dos autos, o hospital pertence à rede credenciada do plano de saúde Bradesco, tanto é que consta a anotação do convênio nos documentos de fls. 57/72 ao invés de internação particular e o próprio Bradesco admitiu que liberou a senha para internação.

Lado outro, como se sabe, a glosa ou reversão da conta apenas ocorre após a prestação dos serviços hospitalares, tal como aliás, é mencionado pela Bradesco às fls. 127, razão pela qual não vinga a alegação de que caberia ao hospital informar à autora de que os exames posteriormente dela cobrados não teriam coberturapelo seu plano, referida informação deveria, na verdade, ter sido passada pela operadora e não pelo hospital.

Vale ressaltar que consta de forma clara e expressa nas cláusulas 2.2. e 2.1 do contrato de fls. 68/72 assinado pela autora, que o paciente e/ou responsável

tem conhecimento que o convênio poderá negar cobertura de forma total ou parcial, de materiais ou medicamentos, etc, os quais deverão ser pagos pelo paciente e/ou responsável de acordo com os preços da tabela particular do hospital e que a conta médica hospitalar particular é aquela não coberta ou não autorizada pelo convênio, a qual será apresentada de forma total ou parcial ao paciente e/ou responsável que assume obrigação de salda-la em sua totalidade tão logo sejam apresentadas (fls. 69).

Assim, a cobrança lançada pela Rede D'Or decorreu de exercício regular de direito, não havendo qualquer conduta ilícita que autorize a sua responsabilização pelo pagamento de danos morais que a autora alegou ter sofrido, cabendo a esta se entender pela responsabilidade do custeio dos exames pelo plano de saúde, deduzir ação autônoma em relação a este formulando tal pedido. (...).”

Nota-se das razões de convencimento acima transcritas, que a apelante apenas deduziu que, por se tratar de hospital conveniado e ter direito à cobertura contratual dos exames que realizou, esse não deveria ter-lhe direcionado qualquer cobrança, mas, ao que consta, deixou de observar a glosa parcial realizada pela operadora e tampouco deixou de deduzir, nesta ação, qualquer pretensão voltada ao redirecionamento da cobrança para o plano de saúde, de modo que, em sendo legítimo o débito em aberto, porque os serviços hospitalares foram efetivamente prestados, a improcedência dos pedidos deduzidos exclusivamente em face do hospital é medida que se impõe.

Nessa conformidade, tem-se que a dívida existente era legítima e a inadimplência justifica a ameaça de negativação junto aos respectivos cadastros, como exercício regular de direito, não havendo que se falar em ato ilícito e, por consequência, na existência de danos morais indenizáveis.

Nesse sentido, seguem precedentes deste E. Tribunal de Justiça, inclusive desta C. Câmara:

“APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MORAIS. IMPROCEDÊNCIA. Pretensão reparatória deduzida em razão de alegada ilicitude na inscrição de débito em cadastros de inadimplentes. Débito que se afigurou legítimo, cuja inscrição em órgãos de proteção ao crédito se deu no exercício regular de direito. Ilicitude não configurada. Sentença mantida. RECURSO

NÃO PROVIDO” (Apelação Cível nº 1006360-77.2023.8.26.0114, de minha relatoria, j. 10/2/25).

“AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE DE DÉBITO C.C. REPARAÇÃO DE DANOS – Prestação de serviços médico hospitalares – Autor que ajuizou a ação visando a exclusão das negativações inseridas em seu nome, em razão de serviços médicos hospitalares que teriam sido cobertos pelo plano de saúde – Sentença de improcedência – Irresignação do autor – Não acolhimento – Hipótese em que a ação foi processada pelo procedimento comum, sendo parcialmente deferida a antecipação dos efeitos da tutela, com fundamento no artigo 300 do CPC – Inexistência de tutela deferida com fundamento no artigo 303, § 1º, do CPC, que impede o pretendido reconhecimento de estabilização – Regular juntada de documentos na forma do artigo 435 "caput" do CPC, inexistindo tratamento desigual das partes – Cerceamento de defesa não configurado – Incontroversa realização de diversas internações e procedimentos no nosocômio administrado pela ré, em que o autor firmou termos de responsabilidade e assunção de dívidas, se responsabilizando diretamente pelo pagamento dos serviços prestados – Eventual irregularidade em negativa de cobertura pelo plano de saúde, que deve ser objeto de ação própria – Origem e regularidade dos valores negativados regularmente comprovada – Negativações efetuadas em exercício regular de direito – Sentença mantida – Recurso desprovido” (Apelação Cível nº 1067320-15.2021.8.26.0002, 6ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Marcus Vinicius Rios Gonçalves, j. 26/4/23).

“Ação declaratória de inexistência de débito. Negativação do nome do Autor. Alegada abusividade. Não acolhimento. Rés que agiram no exercício regular de direito. Despesas hospitalares em razão de internação do filho do Apelante. Valor em aberto não quitado pelo Autor. Pendência que é de sua responsabilidade. Dano moral não caracterizado. Sentença de improcedência da ação e procedência das reconvenções, mantida. Honorários sucumbenciais majorados, observada a gratuidade processual concedida ao Autor. Recurso não provido” (Apelação Cível nº 1001420-59.2022.8.26.0161, 3ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. João Pazine Neto, j. 27/2/23).

Destarte, comprovada a ausência dos elementos ensejadores do dever de reparação civil, conclui-se, portanto, que a r. sentença atacada bem



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

equacionou o litígio em apreciação, devendo, assim, ser mantida, inclusive por seus próprios e judiciosos fundamentos.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, nos termos da fundamentação, majorando a verba honorária devida ao patrono da apelada para 12% do valor atualizado da causa, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC.

MÁRCIO BOSCARO
Relator