



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000423167

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1007913-07.2022.8.26.0564, da Comarca de São Bernardo do Campo, em que é apelante/apelado ROSETTE HADDAD LOPES, é apelado/apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE e Apelado REDE D OR SÃO LUIZ S.A..

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 27ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **RECURSO DA DEMANDADA LITISDENUNCIANTE NÃO CONHECIDO E RECURSO DA LITISDENUNCIADA PARCIALMENTE PROVIDO. V.U.***, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ROGÉRIO MURILLO PEREIRA CIMINO (Presidente) E LUÍS ROBERTO REUTER TORRO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

DAISE FAJARDO NOGUEIRA JACOT

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO N° : 33.736
APELAÇÃO N° : 1007913-07.2022.8.26.0564
COMARCA : SÃO BERNARDO DO CAMPO- 9ª VARA CÍVEL
APTE/APDA : ROSETTE HADDAD LOPES
APDA/APTE : SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE
APELADA : REDE D'OR SÃO LUIZ S.A.
JUIZ : ARTUR PESSOA DE MELO MORAIS

*AÇÃO DE COBRANÇA. Plano de saúde. Contrato de Prestação de serviços médico-hospitalares. Hospital demandante que cobra da Paciente demandada o preço de R\$ 21.271,23 pelo serviço a ela prestado durante a internação. Paciente demandada que firmou a contratação com o Hospital demandante no dia 01 de outubro de 2018, quando foi internada e submetida a tratamento cirúrgico, com alta no dia 02 seguinte, que, citada, apresenta defesa formal denunciando a Operadora de Plano de Saúde à lide. SENTENÇA de procedência da Ação principal e de procedência da lide secundária. APELAÇÃO da demandada litisdenunciante, que pede a condenação da Operadora do Plano de Saúde no pagamento das custas e despesas processuais, além da verba honorária sucumbencial. APELAÇÃO da litisdenunciada, que insiste na improcedência da Ação, a pretexto de não observância do período de carência e de doença preexistente, pugnando subsidiariamente pelo afastamento dos encargos da mora incidentes sobre o valor objeto da cobrança. EXAME: Operadora do Plano de Saúde denunciada que foi condenada a arcar com os ônus da sucumbência por aplicação do princípio da causalidade. Circunstância que implica a impossibilidade de obter-se situação mais favorável à recorrente. Ausência de interesse recursal da litisdenunciante bem evidenciada. Aplicação do artigo 996, "caput", do Código de Processo Civil. Prova Documental indicativa da situação de emergência, circunstância que afasta a necessidade de observância do período de carência. Responsabilidade da Operadora do Plano de Saúde bem configurada. Alegação de preexistência de doença por parte da Operadora do Plano de Saúde que não pode mesmo ser acolhida porque ela não exigiu exame prévio da segurada quando da contratação do seguro. Aceitação da proposta pela Seguradora sem verificar as condições pessoais da segurada contratante, sem qualquer ressalva, passando desde então a receber regularmente o prêmio mensal pactuado para a cobertura. Ausência de prova de má-fé da segurada quando da contratação. Inteligência da Súmula 609 do C. Superior Tribunal de Justiça. Hospital autor que apresentou planilha de débito, com correção monetária e juros de mora

a contar da data do vencimento. Condenação da Operadora ré que implica nova incidência de juros de mora e de correção monetária sobre a integralidade do cálculo apresentado, que já contemplava os encargos da mora sobre o valor do débito principal. Pagamento da indenização securitária que é de rigor, acrescida de correção monetária pela Tabela Prática deste E. Tribunal de Justiça a contar do vencimento e juros de mora pela taxa de um por cento (1%) ao mês a contar da citação. Verba honorária que deve ser mantida. Sentença parcialmente reformada. RECURSO DA DEMANDADA LITISDENUNCIANTE NÃO CONHECIDO E RECURSO DA LITISDENUNCIADA PARCIALMENTE PROVIDO.*

Vistos.

Trata-se de “*Ação de Cobrança*”, movida pelo Hospital apelado contra Rosette Haddad Lopes, visando “... *à cobrança de valores devidos em razão de serviços hospitalares prestados. Narrou a parte autora, em síntese, que prestou serviços médicos e hospitalares à requerida entre 01/10/2018 e 02/10/2018. Alegou que tais serviços, totalizando o valor atualizado de R\$ 21.271,23 (vinte e um mil, duzentos e setenta e um reais e vinte e três centavos), não foram pagos e que, apesar de ter entrado em contato coma parte ré, esta permaneceu inerte.*”, conforme relatado na fl. 752.

O MM. Juiz “*a quo*” proferiu a r. sentença apelada, decidindo “*in verbis*”: “... *Por essas razões, quanto à lide principal, com base no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, resolvendo o mérito, acolho os pedidos autorais para condenar a parte ré a pagar à parte autora, a título de danos materiais, R\$ 21.721,23 (vinte um mil, setecentos e vinte e um reais e vinte e três centavos) com correção monetária pela Tabela Prática do TJSP e juros*

de mora de 1% (um por cento) ao mês a contar de 01/03/2022 (fl. 07). No mais, também com fundamento no artigo 487, inciso I, do CPC, quanto à lide secundária, acolho o pedido de regresso formulado pela parte ré-litisdenuciante, para condenar a litisdenuciada a pagar o valor da condenação acima fixado, com correção monetária pela Tabela Prática do TJSP e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a contar de 01/03/2022 (fl. 07). Em atenção ao princípio da causalidade, considerando que a OPS-litisdenuciada deu causa ao processo pela negativa indevida, condeno-a ao pagamento das custas e dos honorários advocatícios, no importe de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação (artigo 85, §§2º e 10, do CPC).” (“sic”, fls. 755/756).

Apela a demandada litisdenuciante pugnando pela condenação da Operadora de Plano de Saúde litisdenuciada ao pagamento dos ônus sucumbenciais (fls. 766/772). Apela também a litisdenuciada insistindo na total improcedência da Ação, pugnando subsidiariamente pelo afastamento dos encargos da mora (fls. 786/794).

Anotados os Recursos (fls. 775 e 808), as partes apresentaram contrarrazões (fls. 779/785 e 811/818).

É o **relatório**, adotado o de fls. 752/753.

De início, apesar da insistência da demandada litisdenuciante, verifica-se que a r. sentença apelada julgou procedente a lide secundária, observando que “...*Em atenção ao princípio da*

causalidade, considerando que a OPS-litisdenunciada deu causa ao processo pela negativa indevida, condeno-a ao pagamento das custas e dos honorários advocatícios, no importe de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação (artigo 85, §§2º e 10, do CPC)” (“sic”, fl. 756).

Assim, considerando a impossibilidade de obter-se situação mais favorável à recorrente, ante a condenação da Operadora do Plano de Saúde ao pagamento dos ônus da sucumbência, tem-se como bem evidenciada no caso vertente a ausência de interesse recursal, requisito intrínseco à admissibilidade do Recurso, nos termos do artigo 996, “caput”, do Código de Processo Civil (“*O recurso pode ser interposto pela parte vencida, pelo terceiro prejudicado e pelo Ministério Público, como parte ou como fiscal da ordem jurídica.*”).

A Apelação apresentada pela Operadora do Plano de Saúde comporta conhecimento, porquanto observados os requisitos de admissibilidade no tocante (v. artigos 1.009 e seguintes do Código de Processo Civil).

Embora o teor das razões recursais, a r. sentença apelada merece apenas pequeno reparo.

Com efeito, a relação contratual em causa tem natureza de consumo e, por isso mesmo, está sujeita às normas do Código de Defesa do Consumidor, que preveem a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor, coibindo aquelas que estabeleçam desvantagem exagerada ao

consumidor em benefício do credor, e garantem a essa parte hipossuficiente o direito básico de informação adequada e precisa sobre produtos e serviços oferecidos pelo Fornecedor, além da inversão do ônus da prova para a facilitação da defesa (v. artigo 6º, incisos III e VIII, 47 e 51, inciso IV, todos da Lei nº 8.078/90).

Ao que consta dos autos, a Paciente demandada foi internada no Hospital autor em razão de dor lombar com irradiação nos membros inferiores, no dia 01 de outubro de 2018, por volta das 08h00min (fl. 8). Consta ainda que, apresentada a conta do serviço prestado pelo Hospital, a Operadora do Plano de Saúde recusou o reembolso do valor da cobrança, a pretexto de período de carência, daí a Ação (fls. 14/15).

O artigo 12 da Lei 9.656/98 estabelece, “*in verbis*”, que:

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

(...)

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;”

No caso, já se viu, a paciente foi atendida no dia 01 de outubro de 2018 e foi submetida a procedimento cirúrgico no

mesmo dia, dada a situação de emergência pelo Médico que realizou o atendimento (fls. 8 e 10).

Assim, considerando o prazo máximo de carência de vinte e quatro (24) horas para a hipótese de situação de emergência, tem-se que o caso comportava deveras o acolhimento do pedido de denúncia da lide, configurada a obrigação contratual do Plano de Saúde de fazer cobertura do preço cobrado pelo Hospital para o tratamento da paciente (v. artigo 125, inciso II, do Código de Processo Civil).

Demais, apesar da alegação da Seguradora ré, ora apelante, de que houve omissão de doença preexistente pela segurada, o fato é que ela autorizou a contratação sem averiguar as condições preexistentes, criando uma justa expectativa quanto à cobertura securitária em causa.

Ressalta-se que a precisão da informação acerca da pré-existência ou não de doença em relação à contratante poderia ter sido constatada pela Seguradora quando da contratação, mediante a exigência de exame prévio para admissão da segurada, o que não ocorreu na espécie. Aliás, não há nos autos qualquer evidência de que a paciente segurada tinha ciência quanto a eventual doença pré-existente.

Assim, não pode subsistir a recusa da litisdenunciada ao pagamento da cobertura securitária, após realizado

todo o procedimento de contratação com o pagamento do prêmio mensal, a pretexto de que a segurada padecia de doença preexistente.

Bem por isso, demonstrada nos autos a ocorrência do evento passível de cobertura securitária, o caso vertente estava mesmo a exigir o reconhecimento da obrigação, tal qual determinado na sentença, com a condenação da Seguradora litisdenunciada no pagamento dessa indenização.

Contudo, cumpre observar que o Hospital autor apresentou planilha de débito, com a apuração do saldo devedor, incluindo juros de mora e correção monetária a contar da data do inadimplemento.

Assim, a condenação da Operadora do Plano de Saúde ao pagamento da quantia indicada na petição inicial implica nova incidência de juros de mora e de correção monetária sobre a integralidade do cálculo do Hospital autor, que já contemplava os encargos da mora sobre o valor do débito principal.

Tem-se, pois, que é devido o pagamento da quantia inadimplida pela Operadora do Plano de Saúde, acrescida de correção monetária pela Tabela Prática deste E. Tribunal a contar do vencimento e juros de mora pela taxa de um por cento (1%) ao mês a contar da citação, por versar o caso responsabilidade civil contratual, “*ex vi*” do artigo 405 do Código Civil (“*Contam-se os juros de mora desde a citação inicial*”).

Resta o parcial acolhimento do Recurso por conseguinte.

A propósito, eis a Jurisprudência:

1114998-52.2023.8.26.0100

Classe/Assunto: *Apelação Cível / Tratamento médico-hospitalar*

Relator(a): *Maurício Velho*

Comarca: *São Paulo*

Órgão julgador: *4ª Câmara de Direito Privado*

Data do julgamento: *06/03/2025*

Data de publicação: *06/03/2025*

Ementa: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO INICIAL. I. CASO EM EXAME Ação ajuizada visando a condenação da requerida a assumir despesas médico-hospitalares para tratamento de saúde, sem exigência de carência superior a 24 horas para urgência/emergência. Sentença que julgou procedente o pedido inicial. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO A questão em discussão impõe verificar-se: (i) a legitimidade passiva da Gama Saúde Ltda. e (ii) a regularidade da recusa de cobertura de internação em razão do transcurso do prazo contratual de carência. III. RAZÕES DE DECIDIR Rejeição das preliminares de ilegitimidade passiva e necessidade de chamamento ao processo, com base na Teoria da Aparência, vedada a denúncia da lide nas ações que versem sobre relação de consumo (art. 88 do CDC). **No mérito, a negativa de cobertura deve ser considerada abusiva, pois a internação de urgência/emergência não pode ser limitada por carência contratual, conforme entendimento sumulado (Súmula 103/TJSP).** IV. DISPOSITIVO Recurso desprovido.

1005663-40.2024.8.26.0011

Classe/Assunto: *Apelação Cível / Tratamento médico-hospitalar*

Relator(a): *Salles Rossi*

Comarca: *São Paulo*

Órgão julgador: *8ª Câmara de Direito Privado*

Data do julgamento: *05/03/2025*

Data de publicação: *05/03/2025*

Ementa: PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DECLARATÓRIA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – Procedência decretada – Recurso da ré – Não acolhimento – Questão controvertida está circunscrita à incidência da cláusula contratual de carência para o atendimento de urgência/emergência – **Autor que necessitou de internação, porém, foi informado pela ré que o seu pedido foi negado devido a carência contratual – Estado de saúde do paciente emergencial - Prazo de carência que deve ser respeitado, mas não em hipótese de urgência – Abusividade da restrição de carência e internação, que contraria o art. 12, V, "c" da Lei nº 9.656/98, que estipula prazo de vinte e quatro horas para atendimento dos casos de urgência e emergência – Circunstância que, nos moldes do art. 35-C, II, da Lei nº 9.656/98, afasta a**

exigência de cumprimento de carência – Cobertura devida – Recusa de cobertura contratual considerada abusiva, nos termos da legislação consumerista – Aplicação da Súmula nº 103 deste E. Tribunal de Justiça – Resolução normativa nº. 13 do CONSU que não se sobrepõe à Lei nº. 9.656/98 – Sentença confirmada – Honorários sucumbenciais devidos que devem majorados conforme previsão contida no art. 85 do Código de Processo Civil, diante do trabalho adicional realizado em grau recursal – Recurso improvido.

1002679-17.2023.8.26.0400

Classe/Assunto: Apelação Cível / Seguro

Relator(a): Dario Gayoso

Comarca: Olímpia

Órgão julgador: 27ª Câmara de Direito Privado

Data do julgamento: 24/07/2024

Data de publicação: 24/07/2024

*Ementa: APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. Respeitável sentença de parcial procedência. Recurso da seguradora requerida. Cerceamento de defesa. Necessidade de perícia indireta em prontuário médico para verificar se havia doença preexistente, diante da causa morte (neoplasia pulmonar). **Negativa de cobertura pela seguradora, sob a alegação de falta de documentos. Doença preexistente. Seguradora que não exigiu de exames médicos no momento da contratação. Infundada recusa da cobertura com base na alegação de má-fé por omissão de doença preexistente. Observância das súmulas 609 do Colendo Superior Tribunal de Justiça e 105 deste Egrégio Tribunal de Justiça. Pagamento da indenização devido.** Recurso dos autores buscam indenização por danos morais. Não caracterizados. Mero inadimplemento contratual que não configura abalo moral indenizável. Ausência de elementos que justifiquem a fixação de recompensa pecuniária sob tal título. RECURSOS DESPROVIDOS.*

1009733-67.2022.8.26.0077

Classe/Assunto: Apelação Cível / Seguro

Relator(a): Luis Roberto Reuter Torro

Comarca: Birigüi

Órgão julgador: 27ª Câmara de Direito Privado

Data do julgamento: 22/04/2024

Data de publicação: 22/04/2024

Ementa: APELAÇÃO – Seguro de Vida - Ação de Cobrança de Seguro - Alega o autor que é beneficiário do seguro contratado por Andrea Ferreira em 22/10/2019, junto a requerida, ocorre que a segurada veio a falecer em 28/03/2022, sendo assim, se início a abertura do respectivo sinistro, no qual resultou recusado, sob o argumento de doença preexistente, informa que a negativa da requerida não tem razão de ser, uma vez que o prêmio foi pago e desde a data da contratação até a data do sinistro passaram-se 29 meses, embora o contrato preveja zero dias de carência - Sentença de procedência. Apelação da seguradora requerida, arguição preliminar de cerceamento de defesa, no mérito, insiste na improcedência da ação – Exame: Preliminar de cerceamento de defesa afastada - O Juiz é o destinatário principal e direto da prova, competindo-lhe aferir a necessidade da dilação probatória, para formação da sua convicção, conforme os artigos 370 e 371, ambos do Código de Processo Civil – Bem caracterizado a relação de consumo entre as partes,

por isso aplicável o Código de Defesa do Consumidor - Inteligência dos artigos 2º, 3º §1º, §2º e 6º, VIII, 14 e 47, do Código de Defesa do Consumidor – Existência de presunção de boa-fé, sendo que a má-fé não se presume, ausência de exames prévios, a fim de constatar o verdadeiro estado de saúde do segurado, inteligência da Súmula nº 609 do C. STJ. Apelação do autor, requerendo que seja fixado a correção monetária desde a data da contratação do seguro - Exame: Cabimento – Nos casos de pagamento de indenização securitária a correção monetária deverá incidir a partir da contratação até seu efetivo pagamento, Súmula 632, do C. STJ e juros de mora desde a citação artigo 405, do Código Civil – Sentença reformada – RECURSO DA REQUERIDA IMPROVIDO E PROVIDO O RECURSO DO AUTOR.

Impõe-se, pois, o parcial acolhimento do Recurso da Operadora do Plano de Saúde, mas apenas para determinar a incidência de correção monetária pela Tabela Prática deste E. Tribunal a contar do vencimento e juros de mora pela taxa de um por cento (1%) ao mês a contar da citação, sobre o valor do débito principal, ficando mantida no mais a r. sentença apelada pelos próprios e jurídicos fundamentos, inclusive no que tange aos ônus sucumbenciais.

Diante do exposto, não se conhece do Recurso da demandada litisdenunciante e dá-se parcial provimento ao Recurso da Operadora litisdenunciada.

DAISE FAJARDO NOGUEIRA JACOT
Relatora