



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000429433

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1043187-98.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante MARCELLY KAREN SILVERIO DA SILVA, é apelado REDE D'OR SÃO LUIZ S.A. - ITAIM.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 29ª 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 NETO BARBOSA FERREIRA (Presidente) E SILVIA ROCHA.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

MÁRIO DACCACHE

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1043187-98.2024.8.26.0002

Processo originário nº 1043187-98.2024.8.26.0002

Apelante: Marcelly Karen Silverio da Silva

Apelado: Rede D'or São Luiz S.A. - Itaim

Comarca: São Paulo

Juiz (a): Márcia Blanes

Voto nº 12032

Prestação de serviços médico-hospitalares – Ação declaratória de inexistência de débito c.c. pedido indenizatório moral por negativação indevida – Sentença de improcedência – Inconformismo da autora – Autora que se obrigou contratualmente em solidariedade com o paciente ao pagamento das despesas hospitalares ou em relação àquelas que não fossem cobertas pelo plano de saúde, que foi o que ocorreu – Contrato apresentado na contestação que não deixa dúvida – Negativa parcial da operadora de plano de saúde que não é oponível à credora – Débito devido; cobrança feita no exercício regular do direito – Alegação de estado de necessidade – Inovação processual apresentada apenas em sede recursal – Não conhecimento – Sentença mantida – Apelo conhecido em parte e improvido.

1. Versam os autos sobre ação declaratória de inexistência de débito com pedido indenizatório moral decorrente de prestação de serviços médico-hospitalares.

Alega a autora que foi acompanhante de paciente atendido no hospital réu, que não recebeu nenhum serviço para si e que o paciente referido foi atendido no local mediante convênio com plano de saúde. Sustenta que não possui vínculo contratual com a ré e que o débito pelo serviço prestado é de

2

responsabilidade do paciente, mas, não obstante a isso, seu nome foi negativado em órgão de proteção ao crédito. Daí pediu a declaração de inexistência da obrigação que lhe é exigida e a indenização por danos morais.

A **sentença** (p. 293/295) julgou improcedente a ação, pois na contestação a ré apresentou contrato pelo qual a autora assumiu a obrigação em solidariedade com o paciente, bem como porque não demonstrou ter procurado o plano de saúde do assistido para regularizar a situação.

Apela a autora alegando nulidade da sentença por falta de fundamentação, insistindo na mesma tese apresentada na inicial, de que não possui relação jurídica com o réu, e introduzindo na discussão hipótese de estado de perigo do paciente.

Recurso tempestivo, preparado e processado.

Contrarrrazões a p. 328/346.

É o relatório.

2. O recurso não comporta provimento, na parte conhecida.

A sentença está suficientemente fundamentada. O

relatório elaborado demonstra que o órgão sentenciante compreendeu os motivos da lide apresentada, anotou as teses da contestação e acabou por julgar improcedente o pedido deduzido na inicial com bases jurídicas.

E a ação era mesmo improcedente.

O contrato de p. 193/195 demonstra que a autora da ação, embora não tenha sido a destinatária dos serviços hospitalares prestados pelo réu, assumiu a obrigação de pagar juntamente com o paciente que acompanhou na ocasião.

A cláusula 2 e seus subitens a p. 194 resolvem a questão, ao estabelecer uma obrigação solidária entre paciente e acompanhante. Confira-se:

autorizações prévias por parte do paciente e/ou responsável.

2 - RESPONSABILIDADES DO PACIENTE ou RESPONSÁVEL

2.1. Será de integral responsabilidade do Paciente e/ou Responsável o pagamento de todos os honorários profissionais, despesas e gastos relacionados com o atendimento médico/hospitalar ao Paciente, salvo na hipótese de serem formalmente autorizados e pagos pelo seu Convênio.

2.2. O Paciente e/ou Responsável tem conhecimento de que o Convênio, do qual é beneficiário, poderá negar cobertura, de forma total ou parcial, de materiais, medicamentos, OPME, diárias, taxas e/ou procedimentos (diagnósticos, terapêuticos, clínicos, cirúrgicos), os quais deverão ser pagos pelo Paciente e/ou Responsável, de acordo com os preços da tabela particular do SAO LUIZ UNIDADE ITAIM, vigente na data de cada ato, tabela esta que fica disponível na Tesouraria ou Administração Hospitalar para livre consulta.

2.3. A conta médica hospitalar particular, e aquela não coberta ou autorizada pelo Convênio, será apresentada de forma total ou parcial ao Paciente e/ou Responsável, que assume(m) neste ato a obrigação de saldá-la em sua totalidade, tão logo sejam apresentadas.

2.4. Após a alta hospitalar o SAO LUIZ UNIDADE ITAIM irá apurar eventuais despesas em aberto e as encaminhará para análise do Convênio. Caso não sejam cobertas pelo Convênio, ou sobre estas o Convênio não venha a se manifestar no prazo de 30 (trinta) dias, serão consideradas despesas particulares, e serão encaminhadas ao Paciente e/ou Responsável, que se comprometerá a efetuar o pagamento respectivo. Os produtos constantes da relação não exaustiva do Anexo I, se utilizados pelo (a) Paciente, não serão cobertos pelo Convênio por se tratar de itens de exclusão contratual entre o SAO LUIZ UNIDADE ITAIM e Convênio, portanto, de responsabilidade do Paciente e/ou Responsável.

Os descritivos dos serviços e materiais utilizados no atendimento foram juntados (p. 200/213) e não houve impugnação específica da autora em relação aos itens ali dispostos.

Se a operadora do plano de saúde se negou a autorizar alguma das despesas, é preciso notar que essa circunstância guarda relação com o contrato celebrado entre o paciente e a operadora do plano de saúde, que não faz parte desta lide.

A relação jurídica em análise foi estabelecida entre o hospital e a autora. Esta se obrigou pelo pagamento dos serviços que foram prestados de forma satisfatória ao paciente, implicando a legitimidade do crédito e o exercício regular da cobrança.

Eventual responsabilidade por falha ou abusividade do plano de saúde, na ausência de cobertura dos materiais necessários, deve ser discutida na via própria. Assim, nesta demanda, não são pertinentes as alegações sobre negativa de cobertura, motivo pelo qual devem ser rejeitadas.

Anote-se que o tema a respeito de estado de necessidade de terceiro, no caso, o paciente, é inovação processual, pois introduzida somente em sede recursal, não cabendo, pois o seu conhecimento, uma vez que não houve

discussão sobre esse tópico na instância inicial.

Em suma, a sentença deu ao caso solução razoável, justa e jurídica e será, por isso, mantida.

Inaplicável o disposto no art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, uma vez que os honorários de sucumbência já foram aplicados em seu grau máximo.

3. Diante do exposto, proponho **o conhecimento parcial do apelo e o seu improvimento.**

MÁRIO DACCACHE
Relator