



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000426673

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1005085-63.2024.8.26.0048, da Comarca de Atibaia, em que são apelantes MIRIAM LIBERADO DE ALMEIDA GUIMARÃES (CURADOR ESPECIAL) e MARIA ROSA LIBERADO DE ALMEIDA (INCAPAZ), é apelado LEADER ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR LTDA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 10ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram 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), JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO E ANGELA MORENO PACHECO DE REZENDE LOPES.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

COELHO MENDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO Nº: 41975

APELAÇÃO CÍVEL Nº: 1005085-63.2024.8.26.0048

COMARCA: ATIBAIA

ORIGEM: 2ª VARA CÍVEL

JUIZ(A) DE 1ª INSTÂNCIA: MARCELO OCTAVIANO DINIZ JUNQUEIRA

APTE.: MARIA ROSA LIBERADO DE ALMEIDA

APDA.: LEADER ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR LTDA

PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. Sentença de improcedência. Constatada a abusividade. Não autorizada internação em hospital que era credenciado. Descredenciamento ocorreu, somente, posteriormente ao momento em que a internação ocorreu. Conduta da apelada que viola o CDC., especialmente art. 51, IV e § 1º, II. Situação verificada que justifica a condenação da apelada a arcar com todas as despesas referentes a essa internação. Danos morais caracterizados. Negativa de cobertura ocasionou preocupação e constrangimentos que atingiram a esfera íntima da parte beneficiária do plano de saúde. Valor fixado observando os princípios da proporcionalidade e razoabilidade.

RECURSO PROVIDO.

Vistos.

Trata-se de apelação interposta contra r. sentença de fls. 1143/1150, cujo relatório é adotado, proferida na ação ajuizada por MARIA ROSA LIBERADO DE ALMEIDA, representada pela filha e procuradora, Miriam Liberado

de Almeida Guimarães, contra NEW LEADER ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR LTDA, que julgou improcedente o pedido, condenando a autora no pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da causa.

A autora apela às fls. 1154/1162. Sustenta, em síntese, a abusividade da negativa de cobertura, uma vez que é idosa, com 93 anos, foi diagnosticada com necrose em membro inferior, com indicação de amputação urgente pelo médico vascular e, em razão da gravidade, assim como risco iminente de sepse e óbito, conforme comprovado documentalmente, foi acompanhada pelo médico, que buscou tratamento imediato em hospital credenciado. Contudo, a requerida negou a cobertura e informou que o atendimento deveria ser realizado no Hospital Leonardo da Vinci, unidade com estrutura questionável. Afirmar que essa conduta obrigou sua filha a assumir um custo indevido para garantir sua sobrevivência. Observa que o Hospital Albert Sabin somente foi descredenciado, em 21/09/2024, sem aviso prévio, o que a impediu de exercer plenamente seu direito de escolha dentro da rede credenciada. Afirmar que, ao contrário do mencionado na sentença recorrida, era inviável sua remoção para outro hospital, que nem sequer tinha estrutura à realização do procedimento, conforme comprovado às fls. 112/113. Salienta que a requerida descumpriu normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar, violando o artigo 12, inciso V, alínea "c", da Lei 9.656/98, que determina a obrigatoriedade da cobertura de atendimento emergencial. Pleiteia o provimento para condenar a requerida no pagamento de indenizações por danos materiais e morais.

Recurso tempestivo, com recolhimento do preparo e respondido.

É o relatório.

A ação foi ajuizada sob alegação de que a apelante se encontrava internada, no Hospital Leonardo da Vinci, mas, em decorrência de diversos problemas no atendimento, requereu, à apelada, a transferência para o hospital Albert Sabin e a exibição do prontuário médico.

Em seguida, apresentou emenda à petição inicial, informando que teve alta, mas em razão do quadro de saúde, foi encaminhada, em 19/08/2024, pelo SAMU ao Hospital Albert Sabin. E a apelada negou cobertura de emergência apesar da perna necrosada (fl. 73/78). Requereu a condenação da apelada a arcar com as despesas médicas e hospitalares, assim como no pagamento de danos morais.

A apelada contestou (fls. 152/162). Alegou, em síntese, que disponibilizou o Hospital Leonardo da Vinci, com profissionais e equipamentos suficientes ao atendimento, portanto, inexistia justificativa à transferência pretendida. Afirmou que a apelante recebeu atendimento de emergência, no pronto socorro do Hospital Albert Sabin, que solicitou sua internação, que deveria ocorrer no Hospital de referência, conforme informado, e, inclusive, disponibilizou ambulância, mas a apelante optou permanecer de forma particular internada no hospital que não era referenciado. Observou que, na primeira internação, não atendeu ao pedido de transferência porque a apelante estava recebendo o atendimento adequado no hospital credenciado e inexistia pedido médico. E, no segundo pedido, a apelante escolheu ser atendida de forma particular, recusando atendimento no hospital de referência. Salientou que o hospital Albert Sabin não era referência para internação principalmente porque solicitou descredenciamento judicial, que foi deferido em setembro de 2024. Requereu a improcedência.

Após a réplica, as partes requereram o julgamento antecipado.

Sobreveio a sentença recorrida que, quanto ao atendimento objeto deste recurso, deixou consignado:

“(...) observo que a autora não juntou as solicitações médicas e recusas da prestadora de assistência à saúde das duas internações e sequer há guia médica com diagnóstico, classificações de risco ou juntada dos exames realizados pelo médico responsável. Nada obstante, a autora informa ter solicitado o prontuário da paciente à operadora, quando caberia ao hospital o fornecimento do mesmo. Mas, a fim de comprovar o serviço adequadamente prestado pela equipe de enfermagem, fisioterapia e nutricionista à paciente, juntou-se (fl. 224/1118). Ao contrário do alegado, e conforme consta do prontuário da autora, na primeira internação na terapia intensiva, constatada a demência e diabetes, ocorreu hipercalcemia com fratura de fêmur e rejeição da prótese, e já se encontrava desidratada e hipofonética, com aplicação de sonda

vesica de demora (fl. 225/226). Foram realizadas radiografias do quadril, bacia e coxa (fl. 227) e ministrada medicação para redução do inchaço, controle de náuseas, insulina, dor e febre (fl. 228), seguindo-se exame hematológico (fl. 229/231). A conduta medicamentosa seguiu-se durante a internação, que perdurou cerca de 40 dias (fl. 232), com controle de hipertensão (fl. 235/236) e aplicação de antibiótico (fl. 240). Realizou-se, também, ultrassonografia cervical e axilar e investigação de vírus respiratório (fl. 243), com análise de cultura do quadril esquerdo (fl. 244), e cuidada infecção do trato respiratório (fl. 247) e ministrado antibacteriano tricíclico (fl. 252). Os medicamentos tiveram seguimento, e acompanhamento por exames hematológicos (fl. 278, 309, 332, 337, 345, 353, 369, 422, 426 e outros, a teor de radiografia de tórax fl. 279, ultrassonografia de estruturas superficiais fl. 284, cultura de urina fl. 312, tomografia computadorizada de articulações fl. 318, realizada biopsia com infectologista fl. 326). E estava sendo tratada trombose venosa com anticoagulante injetável (fl. 377, em que pese as suspeitas e exame negativo fl. 488). Foram realizados cuidados estíescaras, restrição ao leito e curativo de acesso central (fl. 393, 400, 429). Observou-se que o processo infeccioso derivou da operação da prótese no quadril, ocorrida em outro hospital, quando se fez necessária a retirada da prótese, mas permanência do cimento ósseo, decorrendo daí a secreção purulenta ativa (fl. 496). A dieta ministrada não foi especificada, mas indica-se ser “branda”, em especial considerando que estava acamada (fl. 263, 274, 276), mas sempre presente, seguida de hidratação constante (fl. 437), estava sem queixas, com aceitação da dieta (fl. 458). Comprovada a evolução da paciente com tratamento médico adequado e cuidadoso (fl. 432/434), assinalou-se que estava desacompanhada durante o horário de visita (fl. 435), tendo sido acionada a assistência social para convocar familiar (fl. 436), o mesmo ocorrendo em avaliações (fl. 459/461, 474, 477). O setor de enfermagem prestou relatório constante, demonstrando a evolução em leito e cuidados diários (fl. 654/1096), realizando aferição dos sinais vitais, banho, alimentação, alteração do decúbito no leito e ministração medicamentosa. Indicados dados pessoais e cuidados ambientais pela escala de Fugulin (fl. 1096/1113). Identificou-se osteossíntese de fêmur à direita com espaçador de cimento à esquerda e osteomelite crônica à esquerda, mantido o acompanhamento clínico e discussão com ortopedista quanto à coleção na coxa (fl. 436), com abordagem cirúrgica (fl. 441/443), não tendo obtido sucesso na punção (fl. 444). Constatado que com os cuidados médicos e medicamentosos a paciente encontrava-se estável (fl. 445, 447, 452, 456). A alta médica foi justificada e indicada a manutenção do tratamento (fl. 515/516, 1114/1118). Logo, em que pese a inversão do ônus da prova decorrente da prestação do serviço médico e hipossuficiência técnica da autora (art. 6º, VIII do CDC), incumbia à autora a prova dos fatos alegados quanto aos maus tratos, falta de higiene, alimentação ou tratos médicos e de enfermagem inadequados, o que não se constatou durante a

internação no Hospital Leonardo da Vinci, afastando qualquer responsabilidade da requerida, correlata à contratação dos prestadores de serviços. Demonstrado nos autos que o hospital de internação estava na cobertura da requerida, dentro da abrangência geográfica local, e estava sendo prestado atendimento de excelência, sem necessidade técnica de transferência para outro nosocômio (estando equipado com itens suficientes ao atendimento, realizando inclusive exames). Depreende-se que a autora tentou gerar motivo para a transferência hospitalar, sem justificativa efetiva e plausível. Tampouco comprovou-se que o hospital Albert Sabin seja referenciado ou credenciado pela operadora requerida. A remoção é indicada somente quando não houver atendimento assistencial ao usuário, seja por falta de equipamentos ou equipe médica, desde que não coloque em risco a vida e saúde do paciente. Sabendo-se que qualquer procedimento médico oferece riscos e, por vezes, efeitos colaterais, cabe ao médico e paciente estabelecerem aquele mais apropriado, e não restou apurada a indicação médica para a transferência pretendida. Nada obstante, o tratamento realizado com a internação no hospital referenciado foi inteiramente coberto pela operadora requerida. Ressalte-se ser facultada, e não obrigatória, a cobertura de remoção do paciente, devendo ser especificado o meio de transporte contratado, condicional à comprovada necessidade, o que não se aferiu no caso em comento. Pela dicção da Lei 9.656/98: (...) Ademais, ao dar entrada, em um segundo momento, para atendimento emergencial pelo SAMU, a requerida prestou cobertura, mas ainda que não haja solicitação e recusa administrativas formais (para se constatar a alegada urgência por relatório médico artigo 35-C da Lei 9.656/98), consta dos autos ter encaminhado ambulância para que o procedimento cirúrgico se desse em hospital conveniado, e assim não ocorreu por escolha da familiar. Com efeito, tendo a autora se submetido ao procedimento cirúrgico de amputação de membro em hospital que não era conveniado, tratando-se de eleição particular, quando havia outro no mesmo município com equipe técnica para a cobertura integral da intervenção, não há obrigatoriedade legal ou contratual para o reembolso das despesas. Isso porque, nos termos do artigo 12, VI da Lei 9.656/98, o reembolso se realiza somente nos limites das obrigações contratuais, e quando não for possível a utilização dos serviços próprios, na rede credenciada, mesmo que se trate de casos de urgência e emergência. Veja-se: (...) Assim, considerando a cobertura e abrangência contratuais do plano eleito pela beneficiária, sabendo-se que há um cálculo de custo determinado para cada categoria, sendo mais abrangentes os mais onerosos, deve-se respeitar o limite pactuado, a fim de manter-se o equilíbrio econômico financeiro, não existindo nenhuma abusividade nesta previsão. (...)”

Conforme se depreende das razões de apelação, o inconformismo deduzido pela apelante se restringe, apenas, ao segundo atendimento,

quando se dirigiu ao Hospital Albert Sabin, em situação de urgência, mas lhe foi negada a internação naquele local, pela apelada, que disponibilizou o hospital em que esteve internada anteriormente e pretendeu a transferência.

O inconformismo merece acolhimento.

Isto porque há prova nos autos de que, em 18/08/2024, a apelante apresentava um quadro grave, conforme relatado pelo médico:

“(...) apresentou dor importante em pé direito associado a mudança de cor e temperatura. Ficou cianótico e frio em relação ao membro contralateral. Indiquei a necessidade de avaliação de urgência em serviço hospitalar pela hipótese de obstrução arterial aguda, hipótese essa que foi confirmada pela equipe hospitalar do pronto atendimento do Hospital Albert Sabin, além de indicada cirurgia de amputação transfemoral de membro inferior direito.” (fls. 1131).

Aliás, a situação de urgência nem sequer foi infirmada pela apelada, que alegou ter autorizado o atendimento no pronto socorro e, quando solicitada, não autorizou a internação, mas a transferência ao hospital credenciado.

E, de fato, a filha da apelante recusou essa transferência e assumiu o risco de arcar com as despesas decorrentes desse atendimento no Hospital Albert Sabin.

Contudo, a recusa quanto à transferência se justificava.

Isto porque, consoante se depreende da própria contestação, o hospital para onde a apelante foi encaminhada, na segunda internação, ainda era credenciado naquele momento. E, apesar da existência de questionamento judicial, entre a apelada e hospital, sobre o pedido de descredenciamento, essa questão ainda não havia sido definida, o que ocorreu apenas em setembro.

Portanto, não se justificava a negativa de autorização à necessária internação naquele hospital, que, naquele momento, era credenciado e, consequentemente, poderia ser escolhido pelos beneficiários do plano de saúde.

Aliás, a conduta da apelada, inclusive, violou regras previstas no Código de Defesa do Consumidor, especialmente em seu artigo 51, inciso IV e § 1º, que prevê a nulidade das cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada ou sejam

incompatíveis com a boa fé ou equidade, presumindo-se exagerada a vantagem que restringe direitos ou garantias fundamentais, inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar o seu objeto ou o equilíbrio contratual.

Considerando estas circunstâncias, nitidamente, verifica-se a abusividade da negativa de cobertura em questão, o que impõe a condenação da apelada a arcar com todas as despesas médicas e hospitalares referentes a esse atendimento.

No mais, em que pese entendimentos no sentido da inexistência de obrigatoriedade de pagamento de indenização por danos morais em casos que envolvam contratos de planos de saúde, posto que a negativa de custeio de despesas médicas veio alicerçada em interpretação de cláusula contratual, havendo dúvida razoável quanto ao dever de cumprimento da obrigação discutida, hipótese em que descaberia reparação por eventual dano extrapatrimonial, no caso concreto, a negativa de cobertura em questão, sem dúvida, ocasionou preocupação e constrangimentos que atingiram a esfera íntima da parte beneficiária do plano de saúde, o que se deu em razão da desídia da operadora de saúde que deixou de observar as normas que regem a matéria e sua própria sistemática administrativa. Tal fato, portanto, é apto a gerar a responsabilidade pelo dano extrapatrimonial.

A indenização, por sua vez, deve ser fixada de maneira equitativa e moderada, observando as peculiaridades de cada caso, para que não se tenha a dor como instrumento de captação de vantagem, proporcionando ao ofendido uma compensação pelo dano sofrido e ao ofensor uma punição que desestime a repetição da ofensa.

Em casos como este, tem-se concedido indenização com observância aos princípios da proporcionalidade e razoabilidade.

Considerando estas circunstâncias, a apelada, também, é condenada no pagamento de indenização por danos morais fixada em R\$ 10.000,00, corrigidos a partir deste julgamento e acrescidos de juros moratórios a partir da citação.

Em razão do provimento deste recurso, a sucumbência é invertida, com a condenação da apelada no pagamento integral das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da condenação.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Finalmente, apenas para evitar futuros questionamentos desnecessários, tenho por expressamente ventilados, neste grau de jurisdição, todos dispositivos legais e constitucionais citados em sede recursal.

Observo ainda que a função do julgador é decidir a lide de modo fundamentado e objetivo, portanto desnecessário o enfrentamento exaustivo de todos os argumentos elaborados pelas partes.

De todo exposto, pelo meu voto,
DOU PROVIMENTO ao recurso, nos termos acima.

COELHO MENDES
Relator