



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000431123

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1023549-16.2023.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, é apelado DONIZETI RAMIRO DE SOUZA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª 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 RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente), DÉBORA BRANDÃO E MARIA DO CARMO HONÓRIO.

São Paulo, 2 de maio de 2025.

RAMON MATEO JÚNIOR

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto nº 36056

Apelação nº 1023549-16.2023.8.26.0002

Apelante: NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.

Apelado: DONIZETI RAMIRO DE SOUZA

Comarca: Foro Central Cível- 38ªVC

Magistrado Prolator: Danilo Mansano Barioni

Ação de inexigibilidade de débito c/c obrigação de fazer com pedido de liminar em tutela de urgência - Negativa do custeio do procedimento realizado para a desobstrução da uretra - Sentença procedência- Insurgência da Operadora de saúde - Negativa da operadora de saúde em conceder internação sob o argumento de que não houve cumprimento, pelo segurado, dos prazos de carência contratual - Descabimento - Procedimento de emergência - Abusividade configurada -Carência máxima é de 24 horas, nos termos do art. 12, V, "c" da Lei n. 9.656/98 - Súmula 103 deste E. Tribunal - Hipótese que há dispensa de carência - Obrigatoriedade de cobertura (Súmula 597 do STJ- A oitiva do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS) é medida opcional do Julgador, especialmente por não estar vinculado a eventual parecer)- Recurso desprovido.

Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença de fls. 319/322 que julgou procedente a “ação de inexigibilidade de débito c/c obrigação de fazer com pedido de liminar em tutela de urgência”, movida por DONIZETI RAMIRO DE SOUZA contra NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A., *in verbis*:

"Ante o exposto, JULGO PROCEDENTES os pedidos para, confirmando a liminar deferida, impor à ré o custeio do procedimento realizado para a desobstrução da uretra, abstendo-se de exigir o valor de R\$ 39.394,47, referente a primeira intervenção, bem como dar cobertura à retirada do cateter e novo procedimento para a retirada total dos cálculos renais ainda restantes. Arcará a ré com o pagamento das custas e despesas do processo, fixada a verba honorária em 10% sobre o valor da causa."

Apela a operadora de saúde (fls. 327/346). Requer a reforma da r. sentença proferida, para que seja concedido efeito suspensivo à apelação. Aduz a legalidade da cláusula contratual de carência e da inexistência de situação de urgência e/ou emergência alegada. No caso em tela, o atendimento médico de urgência foi regularmente concedido à parte autora, sendo certo que a internação, pleiteada de forma infundada pela autora, ainda padecia do prazo de carência contratual. Os conceitos de urgência e emergência definidos pela Lei 9.656/1998, no artigo 35-C, querem nos dizer que a lei não fala que para casos graves, deve ocorrer a “quebra” de carência, nem que deve ocorrer “quebra” de carência sempre que o beneficiário precisar ser hospitalizado, mas sim que deve haver a “quebra” da carência quando o risco de morte for IMEDIATO, quando o atendimento não pode ser postergado, o que não era o caso do autor, pois nos relatórios médicos juntados como prova não havia qualquer menção a risco imediato a vida da paciente. Ante a ausência do preenchimento dos requisitos mínimos necessários para se tratar de exceção, resta plenamente comprovado a regular conduta de a Apelante em fazer incidir e cumprir o prazo de carência.

Decorreu prazo para apresentação de contrarrazões (fl. 356), subiu o recurso.

É o relatório.

Alega o autor, em síntese, que é segurado da empresa ré desde 02/02/2023. Aduz que no dia 18/02/2023 foi acometido de forte dor na região da lombar, encaminhando-se ao hospital da ré, onde foi diagnosticado com N20 - Calculose do rim e do ureter. Relata ter sido orientado a realizar o procedimento cirúrgico para desobstrução do canal da uretra, porém a ré não autorizou, sob a alegação de carência do plano de saúde. Ocorre que, em razão das

dores insuportáveis, foi submetido mesmo assim ao procedimento, sendo internado na condição de paciente particular. Afirma que a ré emitiu a fatura do procedimento, encaminhando ao autor um boleto para o pagamento de R\$ 39.394,47, com vencimento em 06/04/2023. Por fim, afirma que a internação e o procedimento foram realizados na unidade e por profissionais do quadro de colaboradores da ré, não cabendo a esta recusar a cobertura dele, tendo em vista a situação de urgência/emergência. Requer a procedência dos pedidos para que seja declarada a inexigibilidade do débito, no valor de R\$ 39.394,47. Requer, ainda, que seja determinado à ré que forneça ou custeie o tratamento médico indicado.

Não merece ser conhecido o pedido de efeito suspensivo ao recurso de apelação, especialmente porque o requerimento dessa espécie deve ser formulado por petição própria, para apreciação anterior ao julgamento do inconformismo (art. 1.012, caput, do CPC). Passa-se ao tema de fundo do inconformismo.

No caso concreto, verifica-se que a operadora de saúde negou cobertura para procedimento de desobstrução da uretra (N20 – Calculose do rim e do ureter) à Apelada sob o argumento de que não houve cumprimento, pela segurada, do prazo de carência contratual que fixa 180 (cento e oitenta) dias para a autorização de internação e/ou procedimentos cirúrgicos na rede credenciada, uma vez que a contratação ocorreu em 02/02/2023 (796 SMART 200 SP, número do beneficiário 1399.3149.0000.0001.101.0172,)

Isso porque, segundo a demandada, quando do protocolo do pedido de internação pelo paciente, em 18/02/2023, o beneficiário estava no período de carência.

Conforme preceitua o art. 35-C, inciso I, da Lei n. 9.656/98, que dispõe sobre os planos de seguros privados de assistência à saúde, é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

“I - de emergência, como tal definidos os que implicarem

risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente”.

Destaca-se que o dispositivo acima prepondera sobre os prazos de carência fixados no contrato entabulado pelos litigantes.

Destarte, a legislação referenciada cuida-se, em verdade, de norma de ordem pública, que se sobrepõe a qualquer disposição contratual, ou administrativa restritiva, que a ela se contraponha.

Uma vez constatado que o beneficiário demanda um atendimento de emergência, em razão do risco imediato de vida ou de lesão irreparável ao paciente, torna-se irrelevante o fato de o usuário ter aderido ao plano de saúde há menos de 180 (cento e oitenta) dias.

Nesse sentido o Superior Tribunal de Justiça assenta que:

“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” (Súmula 597)

No mesmo sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO DE URGÊNCIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. DANO MORAL CONFIGURADO. 1. A previsão contratual de 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 ocorreu no caso. Assim, havendo recusa indevida de cobertura de tratamento, a condenação ao pagamento de danos morais é medida que se impõe, pois agrava a situação física e psicológica do beneficiário.

Súmula 83/STJ. (AgInt no AREsp 1168502/CE, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 06/03/2018, DJe 15/03/2018) 2. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp 1484262/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 29/06/2020, DJe 03/08/2020).

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA DE DOENÇA GRAVE. PERÍODO DE CARÊNCIA. CLÁUSULA ABUSIVA. DANO MORAL CONFIGURADO. AGRAVO INTERNO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1. A jurisprudência desta Corte é no sentido de que o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência, segundo entendimento jurisprudencial desta Corte, há configuração de danos morais indenizáveis. 2. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no REsp 1838679/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 03/03/2020, DJe 25/03/2020).

Importa consignar que a oitiva do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS) é medida opcional do Julgador, especialmente por não estar vinculado a eventual **parecer**

Destarte, não havendo reparos a serem feitos na sentença recorrida, mantenha-a, pelos fatos e fundamentos ora expostos.

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao apelo, a verba honorária fixada em sentença ora é majorada do percentual de 10% para 12%, nos moldes lá fixados, a teor do disposto no artigo 85, §11, do CPC.

Para que não se alegue cerceamento do direito de recorrer, dou por prequestionados todos os dispositivos legais referidos na fase recursal,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

bastando que as questões tenham sido enfrentadas e solucionadas no voto, como ocorreu, pois *“desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais”* (STJ EDCL. No RMS 18.205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, j. 18.04.2006).

RAMON MATEO JÚNIOR
Relator