



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000438270

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1009773-32.2022.8.26.0309, da Comarca de Jundiaí, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada PAULA SAVOY DE BRITO BOSCO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual do Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores TASSO DUARTE DE MELO (Presidente sem voto), JOSÉ PAULO CAMARGO MAGANO E JOÃO BATTAUS NETO.

São Paulo, 6 de maio de 2025.

GUILHERME SANTINI TEODORO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1009773-32.2022.8.26.0309

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelada: Paula Savoy de Brito Bosco

Voto nº 6858

PLANO DE SAÚDE. Ação de rescisão contratual. Sentença de improcedência da ação e procedência da reconvenção para reparação por danos morais. Recurso da autora. Alegação de falsidade da declaração de saúde da ré. Doença preexistente (mioma). Não-realização de prévios exames médicos. Má-fé não configurada. Súmula 105 deste Tribunal de Justiça. Danos morais. Reparação reduzida de R\$ 15.000,00 para R\$ 5.000,00. **Apelação parcialmente provida.**

Da respeitável sentença de relatório adotado de improcedência de ação de reconhecimento de doença preexistente com cancelamento do contrato e procedência de reconvenção para reparação por danos morais a ré apela porque (i) o aproveitamento de prazos de carência não pode ser confundido com CPT (cobertura parcial temporária); (ii) o TCB (termo de comunicação ao beneficiário) deve ser retificado pelo beneficiário acerca de informações fornecidas na declaração de saúde; (iii) houve má-fé da ré; (iv) trata-se de hipótese de fraude, portanto, de rigor a rescisão contratual; (v) pode o beneficiário contar com o auxílio de médico para o preenchimento correto da declaração de saúde, o que foi dispensado pela autora; (vi) incabível qualquer reparação, por se tratar de discussão contratual, e cabe restituição dos valores gastos com tratamentos das doenças omitidas.

Recurso tempestivo, preparado e respondido.

É o relatório.

Quanto à ação, as razões recursais, que praticamente estão limitadas à repetição de argumentos anteriores, não infirmam, em absoluto, a r. sentença, cujos fundamentos, a seguir transcritos, são adotados como razão de decidir:

“(…) É controverso que o “mioma” da Ré se tratasse, de fato, de uma “doença preexistente”, valendo observar que tal alteração pode, em muitas das vezes, não trazer qualquer malefício ou necessidade de intervenção médica, como elucidado pela matéria de fls. 373/374. A propósito do caso concreto, o documento de fl. 411 deixa claro que os sintomas apresentados pela Ré no ano de 2022 poderiam ser atribuídos a causa diversa do mioma (...) Para elucidar esta dúvida, a Autora (a quem cabe o ônus da prova) deveria ter requerido a realização de prova pericial. Contudo, quando lhe foi oportunizado requerer provas (fl. 504), afirmou que “a prova documental que consta nos autos é suficiente para demonstrar a doença preexistente da autora, (...) [razão pela qual] não tem outras provas a serem produzidas” (fls. 508/509). Além disto, não há in casu o mínimo indicativo de que a Ré tivesse o objetivo de fraudar o contrato, como afirmou a Autora. Os autos, na verdade, trazem indicativo em sentido contrário, evidenciando que a Ré imaginava ter apenas migrado de um plano para outro, sem se submeter a prazo de carência que inviabilizasse o procedimento a que viria a ser submetida. O contrato entabulado pelas partes (fls. 277/283) faz referência a

“portabilidade de carências” (fl. 288) e não esclarece que o “aditivo de redução dos prazos máximos de carência” (fl. 290) possua significado diferente disto. Tal circunstância induz o consumidor a imaginar que “portabilidade” e “redução de prazos de carência” se tratam de uma mesma figura, trazendo a sensação de que não está obrigado a novos prazos de carência. Por sua vez, era obrigação da Autora ter esclarecido à Ré sobre eventual diferença entre referidos termos, tendo em vista dispor o artigo 6º, inciso III, do CDC que o consumidor tem direito “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”. Era justo à Ré concluir, portanto, que estava realizando mera portabilidade entre os planos antigo e novo, daí não se vislumbrando tenha agido com dolo de fraudar contrato ao preencher o formulário reproduzido à fl. 3. Essa, aliás, a razão pela qual o Ministério Público requereu o arquivamento de Inquérito Policial instaurado a pedido da Autora para apuração de crime de falso, como se vê às fls. 416/418 (...)”

Não pode a autora prevalecer-se de perguntas genéricas sobre estado de saúde para demonstrar má-fé da beneficiária, a quem o plano de saúde foi oferecido e contratado sem prévio exame médico.

Não consta que a patologia que acomete a ré (mioma) estivesse absolutamente fora de controle no momento da contratação ou que a beneficiária, de forma manifesta, descuidasse do tratamento ou controle adequados. Na realidade, da leitura do relatório médico de a. 411/3, não é possível concluir diversamente: *“(...) os sintomas não necessariamente foram causados pelo mioma, pois a paciente está no período de perimenopausa, que também pode levar a sangramento vaginal disfuncional”*.

A matéria, em realidade, não é nova e as arguições das operadoras de planos de saúde são conhecidas e repetitivas. Há, inclusive, entendimento sumulado, quer deste Tribunal, quer do Superior Tribunal de Justiça, a seguir transcritos:

Súmula 105 do TJSP: *“Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e lesões preexistentes se, à época da contratação do plano de saúde não se exigiu prévio exame médico admissional”*.

Súmula 609 do STJ: *“A recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado”*.

A autora não realizou qualquer exame médico na beneficiária. Se a apelante exigisse exame prévio, o médico poderia obter informações relevantes para a operadora de plano de saúde analisar o risco, especialmente aquelas que o leigo não está obrigado a saber, ainda mais sem adequada orientação.

Ainda que a ré não tenha declarado que era portadora de mioma, isso não traduz necessariamente má-fé porque nem ao menos é sabido se a patologia configura doença preexistente já que, conforme acima mencionado, no momento da contratação, não havia tratamento médico em curso e, da leitura do relatório, não se sabe se o procedimento de “histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral” (fls. 302) advém do mioma.

A autora assumiu os riscos dessa forma de contratação, não vislumbrando circunstâncias que pudessem influir decisivamente na celebração do contrato de plano de saúde.

Tratando-se de contrato de adesão, o ônus de prova da omissão dolosa ou intencional, pela beneficiária, de dados relevantes sobre seu estado de saúde desloca-se para a operadora do plano de saúde, dirimindo-se eventuais dúvidas em favor da aderente.

Neste sentido, já decidiu este E. Tribunal: *“APELAÇÃO CÍVEL - PLANO DE SAÚDE. Ação de Revisão de cláusulas contratuais. Sentença de improcedência. Insurgência da autora. Alegada falsidade da declaração de saúde*

apresentada pela ré quando da contratação do plano de saúde. Doenças preexistentes. Ausência de prévia avaliação médica pela operadora de plano de saúde que implica em assumir o risco de cobertura nas hipóteses de pré-existência de doença. Súmula n. 105 TJSP. Súmula n. 609 STJ. Sentença mantida. Recurso desprovido.” (TJSP, AP 1005694-77.2021.8.26.0007, rel. Des. Rosana Santiso, Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1), j. 22/07/2024).

Embora a apelante afirme que não houve portabilidade, mas sim redução de carências (fls. 492), ao que tudo indica, a apelada acreditava ter feito apenas a migração do plano e que, portanto, não teria que se submeter a qualquer carência, conforme trecho do contrato anexado nas contrarrazões que possibilitava que a autora apresentasse sua recusa à portabilidade, no prazo de dez dias (fls. 618, art. 17, da RN 438/2018), o que não foi feito.

Caberia à autora esclarecer a ré sobre as diferenças entre os termos contratuais, seja a portabilidade mencionada a fls. 288 ou a redução dos prazos máximos de carência a fls. 290.

Nesse sentido, *“Apelação cível. Operadora de plano de saúde pleiteia cancelamento do contrato. Fraude no preenchimento da declaração de saúde. Omissão de doença preexistente. Sentença de improcedência. Manutenção. Cobertura parcial temporária prevista no art. 11 da lei 9656/98 e trata de “restrição temporária de cobertura, para os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e cirúrgicos, objetos de CPT, relacionado(s) à(s) doenças ou lesões preexistentes (DLP) declarada(s)” pelo prazo máximo de 24 meses. Cobertura parcial temporária nada mais é do que um prazo de carência estendido. Contratação mediante portabilidade dispensa o usuário de cumprimento de prazo de carência ou de cobertura parcial temporária. Inteligência da RN 438 da ANS. Portabilidade é fato incontroverso. Se não era possível exigir CPT, ou carência, sequer era cabível exigir o preenchimento da declaração de saúde. Inteligência da Resolução Normativa 558/22 da ANS. Prejudicada qualquer discussão acerca do preenchimento da declaração de saúde. Apelação não provida. (TJSP; Apelação Cível 1019172-81.2023.8.26.0008; Relator (a): Edson Luiz de Queiróz; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VIII - Tatuapé - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/10/2024; Data de Registro: 21/10/2024).*

Quanto aos danos morais, conforme constou na r. sentença, *“Acreça-se que, na falta de prova de má-fé, a operadora de saúde só pode negar cobertura securitária se houver exigido exames prévios à contratação, dispondo a Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça que “a recusa de cobertura securitária, sob alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado”. Por tais razões, não só é improcedente o pedido inicial como procede o reconvencional. (...)”*

A conduta da apelante configurou verdadeiro atentado à dignidade da paciente, a quem injustamente atribuída falsidade. Cuida-se de situação constrangedora intolerável. Se plano de saúde existe para outorgar tranquilidade ao tratamento de saúde, a falha da apelante violou tal legítima expectativa e causou danos morais.

A reparação do dano moral tem por finalidade compensar o abalo moral e prevenir novas falhas sem promover enriquecimento indevido. O arbitramento há de realizar-se com prudência e moderação, conforme os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, sem ignorar a condição das partes, a natureza da falha e a extensão do dano. O montante não pode ser ínfimo nem excessivo, devendo corresponder à realidade do gravame. Presentes tais parâmetros, considerando a situação econômica das partes (que estão em polos opostos), inexistência de atraso na realização do procedimento ou qualquer notícia sobre agravamento do quadro clínico, a reparação arbitrada em primeiro grau comporta reparo, devendo ser reduzida para R\$ 5.000,00.

Confira-se: “ *APELAÇÃO – Plano de saúde – Autora diagnosticada com câncer no fígado e no linfonodo – Negativa de cobertura – Alegação de doença pré-existente – Ausência de comprovação de que a moléstia decorreu de doença oncológica anterior – Cobertura parcial temporária – Admissibilidade apenas em caso de patologia conhecida antes da celebração do contrato, o que não é o caso dos autos – Obrigação de restituir os valores pagos pela autora – Danos morais in re ipsa existentes e mantidos em R\$ 10.000,00 - Recurso não provido.*” (TJSP; Apelação Cível 1007322-56.2023.8.26.0161; Relator (a): Mônica de Carvalho; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Diadema - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/06/2024; Data de Registro: 19/06/2024).

“*Apelações cíveis - Ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos materiais e morais - Sentença de parcial procedência - Apelo dos autores e da corré Qualicorp - Legitimidade - Administradora de plano de saúde é parte legítima para figurar no polo passivo - Responsabilidade solidária das empresas que participam da cadeia de fornecimento dos serviços prestados - Portabilidade de carências - Requisitos necessários preenchidos - RN 438/18 da ANS estabelece que a operadora não pode exigir prazo de carência, tão pouco cobertura parcial temporária - Negativa indevida - Dano Material - Caracterização - Despesas realizadas no período comprovadas e devidas - Apuração sobre eventual ocorrência de aplicação dos reajustes por faixa etária em desacordo com as regras vinculantes estabelecidas pelo E. STJ, em sede de liquidação de sentença - Dano moral - Configuração - Ilícito consistente na injusta recusa - Situação de aflição psicológica e angústia, ademais, cabível a configuração "in re ipsa" - Indenização mantida em R\$7.000,00 - Princípios da razoabilidade e proporcionalidade observados. Sentença reformada em parte - Recurso da corré Qualicorp desprovido e dos autores parcialmente provido*”. (TJSP; Apelação Cível 1010345-81.2019.8.26.0506; Relator (a): Jane Franco Martins; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Ribeirão Preto - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 05/12/2023; Data de Registro: 05/12/2023).

“*PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. CIRURGIA BARIÁTRICA - GASTRECTOMIA. PARCIAL PROCEDÊNCIA. CONDENAÇÃO. CUSTEIO. DANO MORAL. Apelo de ambas as partes. A RECUSA DE COBERTURA, SOB A ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE, É ILÍCITA SE NÃO EXIGIDOS EXAMES MÉDICOS PRÉVIOS À CONTRATAÇÃO OU SE NÃO DEMONSTRADA A MÁ-FÉ DA SEGURADA. Súmulas 105/TJSP e 609/STJ. Precedente citado do STJ. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. PRAZO DE 24 MESES para realização de cirurgias de alta complexidade. Alegação. Previsão contratual. Inaplicabilidade. Beneficiária não teve prévio conhecimento das cláusulas contratuais (art. 46 do CDC). Prazo de carência para internações cirúrgicas informado no verso da carteirinha. Não é razoável esperar que a consumidora desconfiasse que a pretensa cirurgia não estava contida na expressão internações cirúrgicas. Ausência de informação. DANO MORAL IN RE IPSA. MAJORAÇÃO para R\$5.000,00 de acordo com precedentes desta 2ª Câmara de Direito Privado. Pedidos referentes ao cumprimento provisório de sentença que devem ser deduzidos nos autos próprios do incidente. RECURSO DA RÉ DESPROVIDO. RECURSO DA AUTORA PROVIDO EM PARTE*”. (TJSP; Apelação Cível 1002490-85.2022.8.26.0396; Relator (a): Fernando Marcondes; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Novo Horizonte - 1ª Vara; Data do Julgamento: 17/10/2023; Data de Registro: 17/10/2023)

“*Apelação. Plano de saúde. Cirurgia para tratamento de coluna. Negativa de cobertura sob fundamento de doença preexistente e incidência da cláusula de cobertura parcial temporária. Inadmissibilidade. Doença preexistente não evidenciada na hipótese. Ausência de comprovação de que o autor tinha ciência inequívoca do seu quadro clínico quando da contratação. Operadora que não se desincumbiu do ônus*

de comprovar o prévio diagnóstico da moléstia que ensejou o pedido médico e que dela o autor tinha conhecimento previamente à contratação. Cobertura devida. Danos morais. Caracterização. Dano in re ipsa decorrente da indevida negativa de cobertura de tratamento. Valor arbitrado a título de indenização adequado às circunstâncias do caso concreto. Manutenção. Recurso desprovido”. (TJSP; Apelação Cível 1007087-05.2022.8.26.0071; Relator (a): Enéas Costa Garcia; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Bauru - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/06/2023; Data de Registro: 30/06/2023).

“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. Negativa de cobertura de procedimento cirúrgico para tratamento de neoplasia mamária maligna, em razão de incidência de cláusula de Cobertura Parcial Temporária. Sentença de procedência. Inconformismo da ré. Descabimento. Impugnação ao valor da causa. Rejeição. Valor atribuído que está de acordo com o proveito econômico pretendido. Mérito. Cobertura parcial temporária que é espécie de carência. Ausência de provas de que a autora possuía doença preexistente. Requerente que realizava acompanhamento de displasias mamárias benignas, o que não se confunde com o diagnóstico de neoplasia mamária. Beneficiária que, igualmente, não foi submetida a exame médico admissional. Cobertura devida. Inteligência da Súmula 105 do TJSP. Dano moral verificado. “Quantum” bem arbitrado. Sentença mantida. Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1011125-94.2022.8.26.0577; Relator (a): Hertha Helena de Oliveira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José dos Campos - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/05/2023; Data de Registro: 31/05/2023)

Em suma, a r. sentença deve ser modificada apenas para reduzir a reparação por danos morais para R\$ 5.000,00.

Majoro os honorários advocatícios de 15% para 17% do valor da causa, apenas da ação.

Ante o exposto, dou parcial provimento à apelação.

GUILHERME SANTINI TEODORO – relator.