



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000063946

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1059278-66.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, é apelada ADRIANA DOMINGUES.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 5ª 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 JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente), EMERSON SUMARIVA JÚNIOR E ERICKSON GAVAZZA MARQUES.

São Paulo, 29 de janeiro de 2025.

JOÃO BATISTA VILHENA

Relator

Assinatura Eletrônica

APELANTE: NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A
APELADO: ADRIANA DOMINGUES

VOTO nº 206.466

EMENTA : DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

Apelação interposta pela operadora de saúde contra sentença de que a condenou a custear integralmente intervenção cirúrgica e a pagar indenização por danos morais à autora, além de custas e honorários advocatícios. A operadora alega inépcia inicial, cerceamento de defesa e inexistência de cobertura contratual devido a doença pré-existente.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em (i) verificar a validade da negativa de cobertura pela operadora de saúde com base em alegação de doença pré-existente e aplicação de carência para realização do procedimento cirúrgico; (ii) analisar o cabimento da indenização por danos morais e a redução da verba honorária fixada.

III. Razões de Decidir

3. A preliminar de inépcia da inicial não prospera, pois a petição inicial atende a todos os requisitos processuais, permitindo a ampla defesa e contraditório. Não houve cerceamento de defesa, uma vez que respeitou-se a regra do art. 355, inc. I, do Código de Processo Civil, e as provas constantes dos autos autorizavam o julgamento na forma que ocorreu.

4. No mérito, a negativa de cobertura foi considerada abusiva, pois o prazo de carência já havia se esgotado e a urgência do caso foi comprovada por laudo médico. A recusa injustificada da operadora em autorizar o procedimento necessário configurou dano moral.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso desprovido, com manutenção do valor da indenização por danos morais, e majoração da verba honorária recursal.

Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura por doença pré-existente não poderá ser aplicada quando tratar-se de caso de urgência e emergência e o prazo de carência já tiver se esgotado.

2. A recusa injustificada de cobertura em casos de urgência médica configura dano moral.

Legislação Citada:

Lei 9.656/98, art. 11, art. 35-C; Código de Processo Civil, art. 85, § 2º e § 11, art. 355, inc. EU.

Jurisprudência Citada:

STJ, Súmulas 326 e 362.

Trata-se de apelação (fls. 248/275) interposta contra a sentença de fls.

235/245, que julgou procedente o pedido contido na exordial, para condenar a ré "*a custear integralmente intervenção cirúrgica bem como seus materiais necessários, consoante relatório de fls. 19/23, confirmando a tutela de urgência. Ainda, condeno a Ré ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) acrescidos de correção monetária desde a sentença e juros legais desde a data da citação. Incide as súmulas 326 e 362 do STJ. Condeno, ainda, a parte ré ao pagamento de custas, de despesas processuais, além de honorários de sucumbência, que fixo 10% do valor global da condenação*".

Apela a operadora de saúde, arguindo, preliminarmente, inépcia da inicial, uma vez que inexistente nos autos qualquer pedido médico que indique a necessidade de tratamento, bem como cerceamento de defesa, diante do julgamento precipitado da lide, indeferindo-se a produção de prova pericial. No mérito, aduz que a doença da apelada é pré-existente à contratação do plano de saúde empresarial aos 10/12/2021, tendo aquela dolosamente omitido a doença da qual padecia no momento do preenchimento da declaração de saúde, razão pela qual a operadora registrou a necessidade de cumprimento de carência especial por Cobertura Parcial Temporária – CPT, autorizada nos termos do art. 11, da Lei 9.656/98, e, deste modo, referida doença não teria cobertura contratual, pelo prazo de vinte e quatro meses, para acesso a leitos cirúrgicos de UTI e demais procedimentos de alta complexidade, carência que findou-se em 29 de novembro de 2023. Ocorre que, segundo alega, necessário aplicar-se, ao caso em análise, as regras de carência; além disso a prática ilegal verificada nos autos gera prejuízos aos demais beneficiários que terão seus contratos reajustados em razão da cobertura autorizada à autora, prática que fere o princípio da deferência e o mutualismo contratual, especialmente porque todos são obrigados ao cumprimento das carências contratuais. Informa que a apelada não apresentou laudo médico atualizado, de forma que não há como prosseguir com a solicitação administrativa; que a recorrente pode socorrer-se em qualquer das unidades do SUS para dar seguimento ao seu tratamento de saúde; que, se mantido o tratamento buscado pela recorrente nos autos, este deve se dar dentro da rede credenciada da apelante e com médicos da operadora aptos e disponíveis para atendimento da paciente. Observa que "*somente é dever da operadora custear tratamento fora da rede credenciada diante da INEXISTÊNCIA de prestador ou situação de urgência ou emergência nos termos do artigo 35-C da Lei 9656/98, o que claramente não é o caso*". Entende que o dano alegado na exordial não existiu, tendo agido a recorrente dentro da lei e da boa-fé objetiva, não havendo se falar no pagamento de indenização por danos morais, pois houve, quando

muito, mero aborrecimento trivial. Pede o provimento do recurso, excluindo-se a indenização fixada, ou minorando-a a patamares razoáveis e proporcionais, com redução também da verba honorária fixada para o valor de R\$ 1.000,00, atendendo o disposto no art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil.

Preparo a fls. 276/277.

Contrarrazões a fls. 248/275.

É O RELATÓRIO.

A preliminar de inépcia da inicial não prospera. Isso porque, como bem apontada na sentença impugnada, a petição inicial atende a todos os requisitos processuais, especialmente no que diz respeito ao pedido para que a operadora de saúde custeie o tratamento médico, além da condenação por danos morais decorrente da negativa de cobertura, tudo individualizado, possibilitando a ampla defesa, o contraditório e o regular andamento do feito.

Além disso, foram apresentados pela recorrida documentos que demonstram a necessidade do procedimento buscado, em especial, o relatório médico e solicitação de procedimento cirúrgico de fls. 19/23, não havendo necessidade de juntada de documentos adicionais, ainda mais considerando-se a situação de urgência médica verificada nos autos.

Também, afirme-se não ter existido, na espécie, cerceamento de defesa pelo fato do julgamento no estado do processo realizado pelo magistrado de primeiro grau, pois tal respeitou a regra do art. 355, inc. I, do Código de Processo Civil, uma vez que as provas constantes nos autos, e considerando-se as situações reveladas na inicial, autorizavam o julgamento na forma que ocorreu.

No mérito, não se entende que as razões do apelo inovem ou infirmem os fundamentos do quanto consignado por esta Câmara no julgamento do agravo de instrumento interposto pela mesma ora apelante, contra a decisão do Juízo de origem que deferiu a tutela provisória de urgência requerida pela autora quando do ajuizamento da demanda (Agravo de Instrumento nº 278/283, transitado em julgado aos 23 de outubro de 2024).

Conforme lá se asseverou:

"O perigo de dano ficou devidamente demonstrado pelo relatório médico acostados nos autos (fls. 19/23) que atesta a recorrida ser portadora de CERVICALGIA - CID 10:M54.2/R52.1 – DOR CRONICA INTRATÁVEL com o quadro de dores crônicas e intensas região cervical sofridas desde 2022 sendo necessário procedimento cirúrgico denominado ARTRODESE CERVICAL.

Todavia, o prazo de carência para este tipo de procedimento já se esgotou, tendo em vista que o contrato que previa carência contratual para internações de 180 dias foi firmado em 30/11/2021 (fls. 34/35) o que não justifica nova necessidade cumprimento de carência especial por cobertura parcial temporária – CPT.

Ademais, um entendimento inspirado pelos ideais e princípios consolidados pelo Código de Defesa do Consumidor leva a uma necessária compreensão de que o objetivo de entidades que prestam assistência à saúde é proporcionar efetiva cobertura para o tratamento médico necessário ao segurado, o que caracteriza a atividade própria dessas entidades.

Em sede de cognição sumária, isto é, o quanto basta para conceder-se a tutela antecipada requerida e que foi bem concedida na decisão atacada, sendo que outros aspectos levantados no agravo merecem ser melhor esclarecidos, ou seja, reclamam dilação probatória, e terá então oportunidade a recorrente de demonstrar o quanto até agora apenas alegou como a possibilidade de ter ocorrido fraude por parte da recorrida".

Acrescenta-se, no mais, que, apesar do quanto decidido no agravo de instrumento adrede mencionado, não fez prova a apelante possuir a apelada ciência da doença em data anterior à contratação do plano de saúde ou que teria agido aquela de modo ilegal ou de má-fé.

O caso da apelada era urgente e necessitava de tratamento urgente.

Conforme destacado no laudo médico:

*"paciente supracitada que está sob os meus cuidados, apresenta quadro crônico de dor em região cervical há 2 anos irradiada para MMSS com progressiva agudização e forte intensidade no momento. Aplicada escala visual analógica da dor (EVA): 6/10 - média diária e 9/10 - crises. Desde o início das dores, a paciente realizou mais de 30 sessões de fisioterapia especializada com pilates, acupuntura analgésica, RPG e fortalecimento muscular, associada a tratamento clínico medicamentoso para controle da dor de forma escalonada com analgésicos simples à opioides fracos e fortes, relaxantes musculares, antidepressivo tricíclico e anticonvulsivantes, com uso frequente de anti-inflamatórios não esteroidais e corticosteroides sistêmicos, porém, sem melhora do quadro algico e dos sintomas globais, tendo recorrido por vezes ao Pronto Socorro para uso de medicações intravenosas com alívio apenas temporário. Ao exame físico, apresenta dor axial, com sensação de pontada, associada a cervicobraquialgia com importante componente radicular, com irradiação para MMSS, com parestesia em ombros e limitação dolorosa para erguer os braços e carregar objetos, de caráter mecânico, de intensidade variável, com períodos de exacerbação e remissão, sem relação com trauma ou esforço físico. Refere acentuada piora da dor ao longo do último ano, quando houve aumento de frequência, de intensidade e da duração dos sintomas. Possui dor à flexão e movimentos rotatórios do pescoço com redução da amplitude cervical, com alívio à extensão e repouso. Apresenta dor em ponto de Arnold bilateral e dor à palpação (dígito pressão) em cadeia muscular cervical e nas topografias das facetas de C2 à C7 sugerindo síndrome facetária associada. A paciente apresenta progressiva disfunção neurológica com diminuição da sensibilidade e força motora em MMSS e consequente incapacidade para realizar atividades devido ao quadro, a impedindo de realizar tarefas comuns no seu dia-a-dia, a expondo a situações constrangedoras por ter que depender de ajuda de terceiros, o que tem impactado o seu lado psicológico e financeiro direto. Paciente relata dor ao tossir, espirrar e testou positivo à manobra de Valsalva. Relata sentir dor ao deitar e dificuldade para encontrar posição para dormir, prejudicando sua qualidade do sono, o que potencializa, em um círculo vicioso, a sua dor e a médio prazo, evolução para quadro depressivo. Hoffman, Hálux e Spurling positivos. O exame de ressonância magnética cervical realizado em 20/12/2022 corrobora a suspeita clínica apresentando **protusão***

discal de C5-C6 com predomínio a esquerda comprimindo o saco dural e reduzindo as amplitudes foraminais, principalmente à esquerda; protusão discal de C4-C5 comprimindo o saco dural e tocando a medula associado a uncoartrose bilaterais determinam estreitamentos foraminais, principalmente à direita; abaulamento discal de C3-C4 comprimindo a face ventral do saco dural e apresentando a extensão biforaminal; protusão discal posterocentral de C6-C7; artrose das articulações interfacetárias principalmente à direita de C4-C5 e C5- C6; redução da intensidade de sinal T2 dos discos estudados por degeneração".

Diante deste quadro grave de saúde, em que a apelada enfrentava sérias limitações até mesmo para realização das tarefas cotidianas básicas, dependendo de terceiros para sua mobilidade, padecendo de dor constante, agravada por movimentos simples, bem como diante da possibilidade de evolução e piora do quadro algíco, plenamente justificável o deferimento do pedido contido na exordial, com a cobertura pela apelante, observadas as prescrições médicas.

No que toca à carência contratual, repita-se o quanto apontado no agravo de instrumento acima indicado: *"o contrato que previa carência contratual para internações de 180 dias foi firmado em 30/11/2021 (fls. 34/35) o que não justifica nova necessidade cumprimento de carência especial por cobertura parcial temporária – CPT"*.

Desta forma, considerando a relação de consumo entre as partes e o expreso diagnóstico de cervicalgia, é caso, mesmo, de reconhecer-se ter havido abusividade na negativa de autorização.

Quanto à realização do tratamento na rede credenciada da apelante, anote-se que já restou decidido na sentença que este deverá ser feito em referida rede indicada pela apelante, sendo certo que *"o custeio das despesas com tratamentos realizados em clínicas fora da rede credenciada, bem como por profissionais não credenciados é medida excepcional, somente admitida em hipóteses especiais, diante da inexistência de estabelecimento da rede credenciada no local ou recusa do nosocômio conveniado no atendimento de situações urgentes e emergenciais"* (fls. 242).

Quanto ao dano moral, temos que estes foram bem estabelecidos na sentença.

Como acima já destacado, houve recusa indevida e injustificada da

apelante em autorizar o procedimento do qual necessitava a recorrida em razão de seu grave estado de saúde, procedimento amparado por parecer médico e que visava a preservação de sua qualidade de vida.

Verificado esse contexto, percebe-se que com a sua atitude a recorrente submeteu a recorrida a sofrimento moral inaceitável, não se tratando aqui de mero desassossego e sim de dor moral bem fundamenta, em razão do que mantém-se o montante indenizatório de R\$ 10.000,00 fixado na sentença impugnada, sem ressalvas.

Igualmente, inexistente motivo para redução da verba honorária estabelecido na sentença, tendo em conta que o magistrado de primeiro grau tão somente a estabeleceu tendo por base a expressão econômica da procedência dos pedidos deduzidos na inicial, tal como prevê a lei, não tendo, então, como serem atendidas as razões recursais.

Assim, de rigor seja mantida integralmente a sentença.

Nesses termos, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

Tendo em conta o resultado do presente recurso, aplicável na hipótese o disposto no §11, do art. 85, do Código de Processo Civil, razão pela qual ficam majorados para 15% do valor da condenação.

JOÃO BATISTA VILHENA

Relator