



APELAÇÃO CÍVEL Nº 0099377-96.2024.8.19.0001

APELANTE: LEVE SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA.

APELADO: JOAO VIEGAS PUGA NETO

RELATORA: JDS. CINTIA SOUTO MACHADO DE ANDRADE

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR E DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA. DOENÇA PREEXISTENTE. CARÊNCIA CONTRATUAL. DANOS MORAIS. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de compensação por danos morais, ajuizada em face de operadora de plano de saúde, em razão de negativa de cobertura de internação e procedimento cirúrgico indicado em contexto de urgência médica.

2. A sentença julgou procedentes os pedidos para confirmar a tutela de urgência, determinar o custeio integral do tratamento e do procedimento cirúrgico, condenar a operadora ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00 e fixar honorários advocatícios sucumbenciais em 15% sobre o valor da condenação.



3. A apelação sustenta, em síntese, fraude na declaração de saúde, existência de doença preexistente, incidência de carência e de cobertura parcial temporária, observância da Resolução CONSU nº 13/1998, inexistência de danos morais e necessidade de redução dos honorários advocatícios.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. Há quatro questões em discussão: (i) saber se a operadora podia recusar a cobertura com fundamento em carência contratual, apesar da urgência do quadro clínico; (ii) saber se a alegação de doença preexistente não declarada legitima a negativa de cobertura; (iii) saber se a recusa indevida de autorização para procedimento cirúrgico de urgência configura dano moral indenizável; e (iv) saber se são cabíveis a redução dos honorários advocatícios e a alteração do valor da indenização.

III. RAZÕES DE DECIDIR

5. A documentação médica comprova situação de urgência, com necessidade de intervenção imediata. Incidem os arts. 12, V, c, e 35-C, I, da Lei nº 9.656/1998. A carência contratual fica afastada porque já transcorrido o prazo máximo legal de 24 horas para cobertura de urgência e emergência.

6. A cláusula de carência em hipóteses de urgência, após o prazo legal de 24 horas da contratação, é abusiva. Aplica-se a Súmula 597 do STJ. A



limitação de cobertura prevista na Resolução CONSU nº 13/1998 não prevalece sobre a disciplina legal da Lei nº 9.656/1998.

7. A alegação de doença preexistente não autoriza a recusa de cobertura quando a operadora não exige exames médicos prévios nem comprova a má-fé do segurado. Aplica-se a Súmula 609 do STJ. A mera cronologia dos sintomas não basta para demonstrar omissão dolosa.

8. A recusa indevida de cobertura de procedimento cirúrgico de urgência, em contexto de risco de agravamento do quadro clínico, ultrapassa o mero inadimplemento contratual e caracteriza falha na prestação do serviço. A indenização por dano moral fixada em R\$ 10.000,00 observa os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade.

9. Os honorários advocatícios fixados na sentença em 15% sobre o valor da condenação atendem ao art. 85, § 2º, do CPC. Em grau recursal, cabe majoração para 20% sobre o valor da condenação.

IV. DISPOSITIVO E TESE

10. Recurso desprovido para manter a sentença e majorar os honorários advocatícios para 20% sobre o valor da condenação.

Tese de julgamento: "1. A operadora de plano de saúde deve custear procedimento cirúrgico indicado em situação de urgência, sendo abusiva a recusa fundada em carência contratual após o prazo legal de 24 horas da contratação. 2. A



alegação de doença preexistente não legitima a negativa de cobertura sem exigência de exames médicos prévios ou prova da má-fé do segurado. 3. A recusa indevida de cobertura de tratamento urgente configura falha na prestação do serviço e gera dano moral indenizável. 4. Mantém-se a indenização fixada em valor compatível com a proporcionalidade e a razoabilidade. 5. São devidos honorários recursais quando integralmente desprovido o recurso da parte sucumbente."

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 1º, III; CDC, arts. 7º, parágrafo único, 14 e 25, § 1º; CPC, arts. 85, § 2º, e 487, I; Lei nº 9.656/1998, arts. 11, 12, V, c, e 35-C, I; Resolução CONSU nº 13/1998.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula 597; STJ, Súmula 609; TJRJ, Súmula 343; TJRJ, Apelação Cível nº 0804318-87.2023.8.19.0064, Rel. Des. Maria Isabel Paes Gonçalves, Nona Câmara de Direito Privado, j. 18.03.2026.

Vistos, relatados e discutidos os autos em epígrafe, ACORDAM os Juízes Designados que compõem a Primeira Turma do Segundo Núcleo de Justiça Digital – Recursos em Saúde Suplementar do Tribunal de Justiça em julgar o recurso, nos termos da Certidão de Julgamento.



Trata-se de apelação contra sentença que julgou procedente os pedidos da demanda de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais, verbis:

“(...)O processo percorreu seu iter regular, observando as garantias do contraditório e da ampla defesa. Estão presentes os pressupostos processuais e as condições da ação. Não havendo nulidades a sanar ou outras preliminares pendentes, adentro ao exame do mérito. A relação jurídica estabelecida entre as partes é nitidamente de consumo, subsumindo-se aos ditames da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor). O Autor é o destinatário final dos serviços de saúde prestados pela operadora e pelo hospital réu, que figuram como fornecedores na cadeia de consumo (Arts. 2º e 3º do CDC). Ademais, a incidência da Súmula nº 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça é cogente: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”. 1. Da Preliminar de Ilegitimidade Passiva e da Responsabilidade Solidária Embora o Hospital Réu sustente sua ilegitimidade, correta foi a decisão saneadora que a rejeitou. No microssistema consumerista, todos aqueles que participam da cadeia de fornecimento de serviços respondem solidariamente pelos danos causados ao consumidor (Art. 7º, parágrafo único, e Art. 25, § 1º, do CDC). No caso em tela, o hospital é o prestador direto e credenciado, sendo sua conduta de condicionar o atendimento de urgência à autorização da operadora e em situação de risco de vida e matéria que se confunde com o mérito da responsabilidade civil, devendo ser analisada sob a ótica da falha na prestação do serviço. 2. Da Negativa de Cobertura: Urgência vs. Carência e Doença Preexistente A controvérsia central reside na legitimidade da negativa de cobertura da cirurgia de implantado de cateter duplo J. A operadora Ré ancora sua defesa na tese de “fraude” e “doença preexistente”, alegando que o Autor já possuía cálculos renais antes da contratação e não declarou tal



condição no questionário de saúde. Entretanto, tal argumento não prospera diante do ordenamento jurídico pátrio e da prova documental. Primeiramente, no tocante à alegação de doença preexistente, consolidou-se o entendimento de que a operadora de plano de saúde não pode alegar a preexistência de enfermidade para negar cobertura se, no momento da contratação, não exigiu exames médicos prévios do beneficiário. É o teor da Súmula nº 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". No caso vertente, a Ré Leve Saúde não comprovou ter submetido o Autor a qualquer exame admissional. A tentativa de imputar má-fé a um idoso de 74 anos, comprovadamente portador de demência e esquizofrenia (conforme laudo neurológico de fl. 309), beira a deslealdade processual. A vulnerabilidade do Autor é agravada por sua condição de saúde mental, o que torna inverossímil a tese de que ele teria arquitetado uma omissão dolosa de informações técnicas sobre cálculos renais para fraudar o seguro. Ainda que se considerasse a existência de prazo de carência em curso, a Lei nº 9.656/98 estabelece, em seu artigo 35-C, a obrigatoriedade de cobertura do atendimento nos casos de emergência e urgência. A documentação médica acostada (fls. 27, 272, 279) é inequívoca: o Autor apresentava quadro de uretrolitíase com dilatação renal, necessitando de intervenção imediata para evitar a perda da função do órgão. Trata-se, portanto, de situação de urgência que relativiza qualquer prazo de carência remanescente, ressalvado o prazo máximo de 24 horas da contratação (Art. 12, V, "c" da Lei 9.656/98), o qual já havia transcorrido, visto que o Autor era associado há dois meses. A recusa da operadora revela-se abusiva, pois frustra a própria finalidade do contrato, que é a proteção da saúde e da vida. Aplica-se aqui a Súmula nº 597 do STJ: "A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica em situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo



máximo de 24 horas da data da assinatura do contrato". 3. Do Dano Moral A negativa de cobertura de procedimento cirúrgico de urgência, em momento de extrema fragilidade física e emocional do paciente, ultrapassa o mero aborrecimento cotidiano ou simples descumprimento contratual. O Autor, idoso e portador de graves patologias mentais, foi submetido a dores lancinantes e ao fundado receio de agravamento de sua condição renal devido à resistência injustificada da operadora. A dignidade da pessoa humana (Art. 1º, III, CF/88) foi aviltada. O dano moral, em situações de recusa indevida de tratamento médico de urgência, é considerado in re ipsa (presumido), conforme pacífica jurisprudência do STJ. Quanto ao quantum indenizatório, deve o magistrado pautar-se pelos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, observando o caráter punitivo-pedagógico da condenação e a capacidade econômica das partes. No caso, o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) mostra-se adequado às peculiaridades do caso e aos precedentes desta Corte para situações análogas envolvendo idosos em situação de urgência. No que tange à Casa de Saúde, embora responda solidariamente na teoria, a instrução demonstrou que o hospital realizou os atos médicos e, tão logo a liminar foi deferida, procedeu à intervenção. A problemática originou-se exclusivamente na negativa administrativa da operadora. Assim, a condenação pecuniária deve ser direcionada àquela que efetivamente deu causa ao evento danoso através da negativa ilícita. III – DISPOSITIVO Ante o exposto, JULGO PROCEDENTES os pedidos formulados na inicial, na forma do art.487, I, do Código de Processo Civil, para: 1. CONFIRMAR a tutela de urgência deferida às fls. 38-39, tornando definitivos seus efeitos, para obrigar a Ré LEVE SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.A. a custear integralmente o tratamento, internação e procedimento cirúrgico descritos nos autos. 2. CONDENAR a Ré LEVE SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.A. ao pagamento da quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a título de indenização por danos morais,



acrescida de juros de 1% ao mês a contar da citação (relação contratual) e correção monetária a partir desta sentença (Súmula 362 STJ).

3. CONDENAR a Ré LEVE SAÚDE ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, §2º, do CPC. Considerando que a Casa de Saúde não praticou ato de recusa própria, mas apenas aguardou o trâmite da operadora, e diante da solidariedade que serve para proteger o consumidor, deixo de condená-la diretamente ao pagamento da indenização por danos morais, uma vez que a falha de gestão da cobertura é exclusiva da operadora, mas mantenho sua responsabilidade solidária quanto à obrigação de fazer (já cumprida). Publique-se. Registre-se. Intimem-se. Com o trânsito em julgado, nada mais sendo requerido, dê-se baixa e arquivem-se."

Interposta apelação invocando, em síntese, "*fraude na declaração de saúde – carência parcial temporária – doença pré-existente*", "*má-fé do segurado - súmula 609 STJ*", "*da necessidade de respeitar os prazos de carência*", "*resolução CONSU 13/1998 da ANS que deve ser cumprida*", "*do ônus da prova*", "*dos danos morais - não incidência*", "*da necessária redução dos honorários advocatícios*" pugnou a parte Apelante pela reforma da sentença para julgar improcedentes os pedidos.

Foram apresentadas contrarrazões prestigiando a sentença.

Manifestação do Ministério Público às fls. 471 opinando pelo conhecimento e desprovimento do recurso.

É o relatório. Passa-se ao voto.

Conheço do recurso, eis que tempestivo e presentes os demais requisitos subjetivos e objetivos para sua admissibilidade.



No mérito, voto pelo desprovimento do apelo.

Dispõe o artigo 12, inciso V, alínea “c” da Lei nº 9.656/98:

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; (...).”

Prevê, ainda, o artigo 35-C, inciso I, do mesmo diploma legal:

*“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; (...).”*

In casu, o laudo médico de fl. 27, subscrito pela médica assistente do Hospital de Clínicas Alameda, é claro no que pertine à urgência do quadro apresentado pela parte Apelada.



Assim, evidencia-se a hipótese prevista no artigo 35-C, inciso I, da Lei nº 9.656/98, de modo que a carência contratual invocada pela parte Apelante está afastada, notadamente porque o prazo máximo de 24 horas previsto no artigo 12, inciso V, alínea “c”, da Lei nº 9.656/98 já havia sido integralmente superado quando da negativa, porquanto o contrato estava em vigor havia aproximadamente dois meses.

No mesmo sentido, incide o enunciado nº 597 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça, segundo o qual “a cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica em situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas da data da assinatura do contrato”.

Saliente-se que a Resolução CONSU nº 13/1998, invocada pela Apelante para sustentar a limitação da cobertura às primeiras 12 horas de atendimento, extrapolou sua competência normativa diante do que prevê a Lei nº 9.656/98 nos já citados artigos 12 e 35-C, razão pela qual resta inaplicável ao presente caso.

Superada a questão da urgência, cumpre afastar, também, a alegação de doença preexistente não declarada como fundamento apto a legitimar a recusa de cobertura.

Nos termos da Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça, “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”.

É incontroverso que a parte Apelante não submeteu o Apelado a qualquer exame admissional no momento da contratação, ônus que lhe competia por força do



artigo 11 da Lei nº 9.656/98, e a alegada má-fé, extraída unicamente da constatação de que o laudo médico registrava relato de dores pretéritas de cerca de cinco meses, ao passo que o contrato vigorava havia dois, não veio amparada em qualquer prova técnica ou pericial, não bastando, para tanto, a mera cronologia dos fatos, sobretudo em se tratando de segurado idoso, então com 74 anos, e portador de diagnóstico de demência e esquizofrenia, conforme laudo neurológico acostado aos autos.

Nesse mesmo sentido já decidiu esta Egrégia Corte, ao assentar que a exclusão de cobertura por doença preexistente exige prova inequívoca da má-fé do segurado, sendo inadmissível a recusa quando a seguradora não exigiu exames médicos admissionais no ato da contratação: *“A seguradora não pode recusar a cobertura securitária por doença pré-existente sem comprovar má-fé do segurado e sem exigir exames admissionais no momento da contratação”* (TJRJ, Apelação Cível nº 0804318-87.2023.8.19.0064, Rel. Des. Maria Isabel Paes Gonçalves, Nona Câmara de Direito Privado, j. 18.03.2026).

Há, pois, diante da comprovação da situação de urgência médica e da incontroversa negativa de autorização para a internação e o procedimento cirúrgico, a configuração de falha na prestação do serviço, nos termos do artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, impondo-se a confirmação da tutela de urgência deferida em primeiro grau.

No tocante ao dano moral, embora a simples negativa de cobertura não enseje, por si só, reparação, o contexto dos autos evidencia situação que extrapola o mero inadimplemento contratual, diante do risco de deterioração da função renal do paciente, de sua condição de idoso vulnerável, portador de demência e esquizofrenia, e da indevida negativa de autorização para procedimento cirúrgico de urgência.



Passo, então, a analisar o valor fixado a título de dano moral.

Diante das circunstâncias do caso concreto, o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) fixado a título de dano moral revela-se adequado e proporcional, não se mostrando excessivo ou irrisório.

Assim, não há justificativa para sua alteração, sobretudo porque, nos termos da Súmula nº 343 do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, in verbis:

A verba indenizatória do dano moral somente será modificada se não atendidos pela sentença os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade na fixação do valor da condenação.

Quanto aos honorários advocatícios sucumbenciais, também não merece reparo o percentual de 15% fixado na sentença.

O artigo 85, §2º, do Código de Processo Civil estabelece a fixação entre 10% e 20% sobre o valor da condenação, observados o grau de zelo do profissional, o lugar de prestação do serviço, a natureza e a importância da causa e o trabalho realizado pelo advogado.

No caso em exame, a causa envolveu discussão sobre urgência médica, alegação de fraude na declaração de saúde e caracterização de dano moral, exigindo do patrono do Apelado atuação em réplica e acompanhamento de tutela de urgência, circunstâncias que afastam a alegação de simplicidade da demanda e justificam a manutenção do percentual fixado, dentro da faixa legal e sem excesso que autorize sua redução ao patamar mínimo.



Por fim, ressalte-se o parecer ministerial:

“Nesse contexto, a negativa de cobertura mostrou-se incompatível com os deveres de boa-fé e com a própria finalidade do contrato de assistência à saúde. Ainda que existentes cláusulas de carência ou cobertura parcial temporária, tais disposições não podem ser utilizadas para frustrar o acesso do beneficiário a tratamento indispensável em situação de urgência, especialmente quando se trata de paciente idoso submetido a risco concreto de agravamento de seu estado clínico.

Igualmente não merece acolhida a pretensão de afastamento da condenação por danos morais. A recusa indevida de cobertura assistencial em contexto de urgência médica, impondo ao consumidor a necessidade de recorrer ao Poder Judiciário para obtenção de tratamento imprescindível, ultrapassa o mero inadimplemento contratual. A situação vivenciada pelo autor, marcada por intenso sofrimento físico, insegurança e risco à própria saúde, configura lesão a direitos da personalidade apta a justificar a reparação extrapatrimonial reconhecida pelo Juízo de origem.

Por fim, tampouco se verifica excesso no valor fixado a título de dano moral ou nos honorários advocatícios. A indenização arbitrada em R\$ 10.000,00 revela-se compatível com as peculiaridades do caso concreto e atende às funções compensatória e pedagógica da responsabilidade civil. Assim, a manutenção integral da sentença é medida que se impõe.”

Ante o exposto, **VOTO NO SENTIDO DE NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO**, majorados os honorários advocatícios para 20% sobre o valor da condenação. No mais, mantem-se a sentença proferida.

JDS. CINTIA SOUTO MACHADO DE ANDRADE

Relatora