



EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NA APELAÇÃO CÍVEL Nº 0087283-58.2020.8.19.0001
EMBARGANTE: GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA
EMBARGADA: PAULO JORGE COUTINHO GABRIELA
RELATOR: DES. LUIZ ROLDÃO DE FREITAS GOMES FILHO

EMENTA: DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais ajuizada contra operadora de plano de saúde em razão de negativa de cobertura de internação de urgência e tratamento hospitalar.
2. A sentença julgou procedentes os pedidos. O acórdão, ao apreciar a apelação da operadora, manteve o reconhecimento da abusividade da negativa de cobertura e do dano moral, com redução da indenização para R\$ 10.000,00.
3. Embargos de declaração opostos pela operadora. Sustentou omissão e contradição no acórdão quanto à tese de contratação do plano para custeio de doença já existente, com incidência da cobertura parcial temporária prevista na Lei nº 9.656/1998. Requereu o saneamento dos vícios e o prequestionamento da matéria.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. Há duas questões em discussão: (i) saber se o acórdão embargado incorreu em omissão, contradição ou obscuridade ao afastar a alegação de doença preexistente e de má-fé do beneficiário; e (ii) saber se os embargos de declaração podem ser utilizados para rediscutir o mérito já decidido, com modificação do resultado do julgamento.



III. RAZÕES DE DECIDIR

5. Os embargos de declaração têm cabimento restrito às hipóteses do art. 1.022 do CPC. Não se prestam à rediscussão da controvérsia nem à obtenção de novo julgamento da causa.

6. Não há omissão quando o órgão julgador enfrenta, de modo claro e suficiente, as questões relevantes ao deslinde da controvérsia. O Tribunal não está obrigado a rebater um a um todos os argumentos das partes, desde que apresente fundamentação apta a sustentar a conclusão adotada.

7. A contradição sanável por embargos de declaração é interna ao julgado. Ela ocorre entre proposições inconciliáveis da própria decisão. Não se configura pela discordância da parte com a conclusão alcançada pelo órgão julgador.

8. O acórdão embargado apreciou expressamente a tese de doença preexistente. Assentou que não houve exigência de exames médicos prévios, que não se comprovou má-fé do beneficiário e que o diagnóstico efetivo ocorreu após a contratação. Também registrou a natureza emergencial da internação, com incidência do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998 e da Súmula 609 do STJ.

9. A menção, em laudo médico, a sintomas anteriores ao atendimento não comprova, por si só, ciência inequívoca de doença preexistente nem dolo de ocultação. Ausente prova robusta de fraude deliberada, subsiste a conclusão de ilicitude da negativa de cobertura e de configuração do dano moral. O pedido de prequestionamento não autoriza o acolhimento dos embargos sem a presença dos vícios legais.

IV. DISPOSITIVO E TESE

10. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: "1. Os embargos de declaração somente são cabíveis nas hipóteses de obscuridade, contradição, omissão ou erro material previstas no art. 1.022 do CPC. 2. Não há omissão quando o acórdão enfrenta de forma suficiente as teses essenciais ao julgamento, ainda que em sentido contrário ao interesse



da parte. 3. A alegação de doença preexistente não autoriza a negativa de cobertura sem prova robusta da má-fé do beneficiário e sem a exigência de exames médicos prévios. 4. Em situação de urgência ou emergência, a cobertura é obrigatória nos termos do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998. 5. Os embargos de declaração não se prestam à rediscussão do mérito nem ao re julgamento da causa."

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes **EMBARGOS DE DECLARAÇÃO** nos autos do **APELAÇÃO CÍVEL Nº 0087283-58.2020.8.19.0001**, em que é embargante **GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA** e embargado **PAULO JORGE COUTINHO GABRIELA**,

ACORDAM os Desembargadores que compõem esta Nona Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro em votar nos termos da certidão de julgamento.

Rio de Janeiro, na data do lançamento da assinatura digital.

DESEMBARGADOR LUIZ ROLDÃO DE FREITAS GOMES FILHO
RELATOR



RELATÓRIO

Trata-se de embargos declaratórios opostos por GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA (indexador 446) contra acórdão cuja ementa é a seguinte (indexador 414):

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA FUNDADA EM SUPOSTA DOENÇA PREEXISTENTE E CARÊNCIA CONTRATUAL. DANO MORAL. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais ajuizada por beneficiário de plano de saúde contra operadora, visando à autorização e custeio de internação hospitalar em unidade de terapia intensiva, fornecimento de medicamentos e materiais necessários, além de indenização por danos morais.

2. O autor alegou ser beneficiário adimplente de plano de saúde e ter sido diagnosticado com COVID-19, necessitando de internação de urgência, a qual foi negada pela operadora sob argumento de não cumprimento do período de carência contratual e de suposta doença preexistente.

3. Pedido de tutela de urgência deferido em plantão judiciário, determinando a imediata autorização e cobertura da internação e tratamento hospitalar.

4. A sentença julgou procedentes os pedidos para determinar a autorização e custeio da internação, converter em definitiva a tutela provisória e condenar a operadora ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 16.000,00.

5. Apelação da operadora sustentando ausência de falha na prestação do serviço, existência de má-fé do consumidor, inexistência de dano moral e, subsidiariamente, requerendo a redução do valor indenizatório.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

6. Há duas questões em discussão: (i) saber se é legítima a negativa de cobertura de internação de urgência em razão de carência contratual ou alegação de doença preexistente; e (ii) saber se a recusa indevida de cobertura enseja indenização por dano moral e se o valor fixado observa os princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

III. RAZÕES DE DECIDIR

7. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, impondo a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor. Súmula 608 do STJ.

8. É obrigatória a cobertura de atendimento em casos de urgência e emergência, sendo abusiva a limitação temporal de internação hospitalar, ainda que não cumprido o prazo de carência, conforme art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/1998 e Súmula 302 do STJ.

9. A recusa de cobertura sob alegação de doença preexistente é ilícita se não houver exigência de exames médicos prévios à contratação ou demonstração de má-fé do segurado, nos termos da Súmula 609 do STJ.

10. No caso concreto, não foi comprovada a má-fé do consumidor, tampouco a existência de doença preexistente, sendo o diagnóstico realizado após a contratação do plano.

11. A negativa indevida de cobertura de internação de urgência configura falha na prestação do serviço e enseja dano moral in re ipsa. Súmula 337 do TJRJ.

12. O valor da indenização por dano moral deve observar os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, sendo adequada a redução de R\$ 16.000,00 para R\$ 10.000,00, em consonância com parâmetros jurisprudenciais.

IV. DISPOSITIVO E TESE

13. Recurso parcialmente provido.

Tese de julgamento: "1. Revela-se abusiva a negativa de cobertura de internação de urgência por plano de saúde sob alegação de carência contratual ou doença preexistente não comprovada. 2. A recusa indevida de cobertura em situação de emergência enseja dano moral in re ipsa. 3. O valor da indenização por dano moral deve observar os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, podendo ser reduzido conforme parâmetros jurisprudenciais."

A embargante aponta omissão relativamente à tese de que o plano de saúde fora contratado exclusivamente para custear tratamento de doença já existente, afirmando que o laudo médico de 29/04/2020 indicaria sintomas havia três dias, o que coincidiria com a data da assinatura da proposta de adesão.

Insiste em que se trata de hipótese de doença preexistente, a atrair a cobertura parcial temporária prevista no art. 11 da Lei nº 9.656/98, e não simples carência contratual comum.

Alega, ainda, que o acórdão não enfrentara adequadamente esse ponto e que a conduta da operadora foi pautada em preceitos legais e contratuais, não havendo ato ilícito ou dever de indenizar.

Ao final, requer “*sejam recebidos os presentes embargos, e, ao final, seja dado provimento, para sanar as contradições apontadas e com fins de pré-questionar a matéria.*”

Contrarrazões pelo desprovimento do recurso (indexador 457).

É o relatório. Passa-se ao voto.

Conheço do recurso, porquanto preenchidos os requisitos de admissibilidade.

Com efeito, os embargos de declaração constituem recurso de estritos limites processuais, cujo cabimento se submete aos pressupostos legais estabelecidos no art. 1.022 do Código de Processo Civil.

Destarte, o recurso integrativo é cabível somente nas hipóteses de obscuridade, contradição, omissão ou erro material, sendo inadmissível quando, a pretexto da necessidade de esclarecimento, aprimoramento ou complemento da decisão embargada, objetive novo julgamento do caso.

Apenas em casos excepcionais, quando constatada a necessidade de mudança no resultado do julgamento em decorrência da existência de algum desses vícios, é que se torna possível emprestar efeitos infringentes aos embargos de declaração, o que não ocorre no caso *sub examine*.

In casu, o embargante pretende obter novo pronunciamento, rediscutindo matéria já apreciada e decidida, a fim de modificar o julgamento a seu favor, insistindo na tese de fraude na contratação, existência de doença preexistente e incidência da cobertura parcial temporária dos arts. 11 e 12 da Lei nº 9.656/98.

Como de elementar conhecimento, a omissão apontada no art. 1.022, II, do CPC corresponde à ausência de apreciação de ponto ou questão

relevante sobre a qual o órgão jurisdicional deveria ter se manifestado, não estando o Tribunal obrigado a apreciar cada um dos múltiplos argumentos deduzidos pela parte, mas somente aqueles capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada pelo julgador (art. 489, IV, CPC). Veja-se:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS DE SUCUMBÊNCIA. FIXAÇÃO POR EQUIDADE. OMISSÃO NÃO CONFIGURADA. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA N. 7/STJ. CORREÇÃO MONETÁRIA. ÍNDICE ADOTADO PELA CORTE DE ORIGEM. ALINHAMENTO JURISPRUDENCIAL. DISSÍDIO NÃO CONFIGURADO. SÚMULA N. 83 DO STJ. DEFICIÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO. SÚMULA N. 284 DO STF. AGRAVO NÃO CONHECIDO.

I. Caso em exame

1. Agravo contra decisão que não conheceu de recurso especial interposto em face de acórdão que, em ação de cobrança de seguro DPVAT, fixou honorários advocatícios por equidade, adotou a Tabela ENCOGE como índice de correção monetária e negou provimento à apelação.

2. Opostos embargos de declaração no Tribunal de origem, foram rejeitados.

3. Nas razões do recurso especial, a parte recorrente alegou violação aos arts. 1.022, II, e 85, §§ 8º e 8º-A, do CPC, além de dissídio jurisprudencial quanto ao índice de correção monetária aplicável às indenizações do seguro DPVAT.

4. O recurso especial não foi admitido com fundamento na inexistência de negativa de prestação jurisdicional, aplicação das Súmulas n. 83 e 7 do STJ e ausência de demonstração objetiva de violação à legislação federal.

5. No agravo, a parte agravante reafirmou as alegações de violação ao art. 1.022, II, do CPC, afastamento das Súmulas n. 83 e 7 do STJ e necessidade de reavaliação jurídica de fatos incontroversos.

II. Questão em discussão

6. Há três questões em discussão: (i) se o acórdão de origem foi omissivo quanto à análise da incidência do art. 85, § 8º-A, do CPC, que trata da fixação de honorários por equidade em conformidade com as tabelas da OAB, ensejando a violação ao art. 1.022 do CPC; (ii) se a revisão do quantum dos honorários fixados por equidade, sob a alegação de irrisoriedade, é viável em sede de recurso especial, sem incidência da Súmula n. 7/STJ; e (iii) se a adoção da Tabela ENCOGE como índice de correção monetária, em detrimento do IGP-M/FGV, em ação de DPVAT, configura dissenso jurisprudencial apto a ensejar a abertura da via especial.

III. Razões de decidir

7. A ausência de menção específica ao § 8º-A do art. 85 do CPC não caracteriza negativa de prestação jurisdicional, pois o acórdão recorrido enfrentou os pontos relevantes e necessários ao deslinde da controvérsia. A mera decisão desfavorável aos interesses da parte não configura omissão.

8. Não se constata omissão ou negativa de prestação jurisdicional quando o Tribunal a quo se pronuncia de forma clara e suficiente sobre os pontos relevantes e necessários ao deslinde da controvérsia. A alegação genérica de ofensa ao art. 1.022 do CPC, desacompanhada da demonstração precisa da

relevância da omissão para a solução da controvérsia, atrai a Súmula n. 284 do STF.

9. A jurisprudência do STJ é firme no sentido de que o órgão julgador não está obrigado a rebater todos os argumentos das partes, desde que apresente fundamentos suficientes para sustentar sua decisão.

10. A revisão do valor dos honorários advocatícios fixados por apreciação equitativa, embora admitida em hipóteses de manifesta irrisoriedade ou excessividade, demanda o revolvimento do acervo fático-probatório dos autos para aferir a justa remuneração do profissional e a baixa complexidade da causa (art. 85, §§ 2º e 8º, do CPC), o que é vedado pela Súmula n. 7/STJ.

11. A controvérsia sobre a escolha do índice de correção monetária (Tabela ENCOGE versus IGP-M) em débitos judiciais, quando o índice adotado é oficial e de uso corrente na Corte local, não enseja a abertura da via especial por não demonstrar ofensa à legislação federal e estar o acórdão alinhado, por analogia, à jurisprudência do STJ. Incidência da Súmula n. 83/STJ.

IV. Dispositivo

12. Agravo em recurso especial não conhecido.

(AREsp n. 2.786.124/PE, relatora Ministra Daniela Teixeira, Terceira Turma, julgado em 10/11/2025, DJEN de 13/11/2025.)

Esclareça-se, portanto, que não se traduz em omissão a motivação contrária ao interesse da parte ou que deixe de se pronunciar acerca de pontos considerados irrelevantes.

Consigne-se, ademais, não ter este Órgão deixado de se manifestar acerca de tese firmada em julgamento de casos repetitivos ou em incidente de assunção de competência aplicável ao caso em análise ou, ainda, qualquer das condutas descritas no art. 489, §1º, do Código de Processo Civil.

De outro lado, a contradição prevista no art. 1022, I, do CPC somente é verificada quando existem, no próprio julgado, proposições inconciliáveis entre si e não entre o que foi decidido e o entendimento que o embargante pretendia ver adotado.

Assim sendo, a contradição sanável por embargos de declaração é a interna ao julgado embargado, devida à desarmonia entre a fundamentação e as conclusões da própria decisão, e não a externa entre o julgado impugnado e o entendimento da parte, ou entre este e decisões do mesmo ou outro Tribunal.

A respeito, veja-se o seguinte precedente do STJ:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. ERRO MATERIAL. AUSÊNCIA DE EFEITOS INFRINGENTES.

I. CASO EM EXAME

- 1. Embargos de declaração opostos contra acórdão da Terceira Turma que, por unanimidade, conheceu em parte do recurso especial e, na parte conhecida, negou-lhe provimento.*
- 2. A embargante sustenta erro de premissa fática e omissão, afirmando que o acórdão embargado partiu do pressuposto equivocado de que teria havido "entrega de cartão e senha" a terceiro, quando o acórdão recorrido do tribunal local expressamente registrou a inexistência de compartilhamento de senha ou entrega de cartão, além de detalhar a falha no atendimento e a ocorrência de transações atípicas sucessivas.*
- 3. A embargante requer a correção da premissa para viabilizar a reavaliação jurídica, à luz do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor e da moldura fática já delineada, com afastamento da Súmula n. 7/STJ.*
- 4. Contraminuta apresentada pela instituição financeira, defendendo a inexistência de vícios previstos no art. 1.022 do CPC e sustentando a manutenção da conclusão sobre culpa concorrente, bem como a incidência da Súmula n. 7/STJ.*

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

- 5. Há duas questões em discussão: (i) saber se houve erro de premissa fática no acórdão embargado ao considerar que houve entrega de cartão e senha a terceiro desconhecido, quando o acórdão recorrido do tribunal local registrou a inexistência de compartilhamento de senha ou entrega de cartão; e (ii) saber se a responsabilidade da instituição financeira pode ser reavaliada à luz do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, afastando-se a incidência da Súmula n. 7/STJ.*

III. RAZÕES DE DECIDIR

- 6. Os embargos de declaração têm como finalidade esclarecer obscuridade, eliminar contradição, suprir omissão ou corrigir erro material, conforme o art. 1.022 do CPC.*
- 7. A omissão apta a ser suprida pelos embargos de declaração é aquela advinda do próprio julgamento e prejudicial à compreensão da causa, não se confundindo com inconformismo da parte ou tentativa de rediscutir a controvérsia.*
- 8. A contradição remediável por embargos de declaração é a interna ao julgado embargado, entre a fundamentação e as conclusões da própria decisão, não sendo aplicável a contradições externas entre o julgado e o entendimento das partes ou outras decisões judiciais.*
- 9. No caso dos autos, o erro de premissa fática apontado pela embargante foi reconhecido, pois o acórdão embargado equivocadamente mencionou a entrega de cartão e senha a terceiro desconhecido, quando o Tribunal de origem havia registrado a inexistência de tal entrega e detalhado a ocorrência de fraude por engenharia social.*
- 10. Contudo, a correção do erro material não altera o desfecho do acórdão recorrido, pois a análise do conjunto fático-probatório dos autos, necessária para revalorar a responsabilidade da instituição financeira, é vedada em recurso especial, conforme a Súmula n. 7/STJ.*

11. A parte embargante busca, com os embargos de declaração, rediscutir a controvérsia já decidida, o que não se confunde com a existência de vício no julgado.

IV. DISPOSITIVO

Embargos de declaração acolhidos em parte, apenas para suprir erro material, sem efeitos infringentes.

(EDcl no REsp n. 2.176.410/DF, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 9/2/2026, DJEN de 12/2/2026.)

Por sua vez, a obscuridade decorre da falta de clareza e precisão da decisão, suficiente a não permitir o entendimento jurídico a respeito das questões resolvidas (art. 1022, I CPC). A propósito:

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. ALEGAÇÃO DE OBSCURIDADE. INSUBSISTENTE. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO REJEITADOS.

1. A obscuridade que autoriza a oposição de embargos de declaração é a que se verifica entre os fundamentos e as conclusões do julgado, isto é, a hipótese em que há obstáculos ao exato entendimento das premissas e das soluções jurídicas adotadas, tornando ininteligível o provimento judicial, o que não ocorre na espécie.

2. Embargos de declaração rejeitados.

(EDcl no AgRg no AREsp n. 2.156.147/SP, relatora Ministra Laurita Vaz, Sexta Turma, julgado em 5/9/2023, DJe de 11/9/2023.)

No caso concreto, o aresto dirimiu clara e fundamentadamente a controvérsia, de acordo com os fatos apresentados, com a interpretação dos regramentos legais aplicáveis e colacionando os precedentes que corroboram o entendimento ali adunado.

Conquanto sustente a embargante a existência de omissão e contradição, não se constata os mencionados vícios no acórdão, que procedeu à devida análise de toda a questão jurídica posta em debate, conforme se verifica dos seguintes excertos do julgado:

“Cuida-se de ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais, movida por PAULO JORGE COUTINHO GABRIELA em face de GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA, em que alega a parte autora ser beneficiária de plano de saúde administrado pela ré, estando adimplente com o pagamento das mensalidades, e que, ao apresentar quadro clínico compatível com suspeita de COVID-19, teve negada a autorização para internação hospitalar sob o argumento de não ter cumprido o período de carência contratual.

Decisão do plantão judiciário concedeu a tutela de urgência, mantida por este Colegiado no julgamento do Agravo de Instrumento nº 0029359-92.2020.8.19.0000, provido parcialmente apenas para reduzir o valor da multa cominatória (indexador 165).

Em contestação, a ré alegou que a autor buscava utilizar serviço ao qual não teria direito, pois tinha ciência das cláusulas contratuais e do período de carência, e que o plano foi contratado em 26/04/2020, data em que já apresentava sintomas da doença. Defendeu ainda que a limitação do atendimento de urgência e emergência às primeiras 12 horas decorre de norma legal e que não há danos morais a serem ressarcidos.

A sentença afastou a alegação de doença preexistente não declarada, por ausência de comprovação de má-fé do consumidor, e destacou que a recusa de cobertura, sem a exigência de exames prévios, é ilícita, conforme entendimento sumulado do Superior Tribunal de Justiça. Concluiu pela procedência do pedido, determinando à parte ré a autorização e custeio da internação em unidade de terapia intensiva, convertendo em definitiva a tutela provisória de urgência, e condenando a parte ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 16.000,00.

Insurge-se o GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA, reprisando seus argumentos anteriores no sentido de que não houve falha na prestação do serviço, pois o recorrido teria omitido doença preexistente ao contratar o plano de saúde, sendo a contratação realizada com o objetivo de custear tratamento já necessário, o que caracterizaria má-fé do consumidor. Defendeu a inexistência de ato ilícito e, conseqüentemente, a ausência de dever de indenizar por danos morais. Requer, pois, a reforma da sentença para julgar improcedentes os pedidos autorais ou, subsidiariamente, a redução do valor fixado a título de indenização, por entender que o quantum arbitrado seria excessivo e desproporcional

Com efeito, de acordo com a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Portanto, dúvida não há de que a relação jurídica havida entre a autora e ré é de consumo, razão por que o contrato objeto da presente demanda deve ser analisado à luz das normas protetivas.

Cediço que o objetivo primordial de qualquer contrato de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado. Desse modo, embora seja possível a existência de cláusulas limitativas de direitos, estas devem ser interpretadas à luz da boa-fé objetiva e sempre da maneira mais favorável ao consumidor, em razão da sua presumida vulnerabilidade e do caráter cogente do CDC, em consonância com o disposto no artigo 47.

Em se tratando de assistência à saúde, os artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98, em respeito aos princípios fundamentais de tutela à vida e à dignidade da pessoa humana insculpidos nos artigos 1º, III e 5º, X, da CRFB, proclamam a obrigatoriedade de cobertura de atendimento médico, quando houver risco de vida ou à saúde do paciente.

Assim, por mais que as cláusulas de limitação de riscos em contratos de seguro saúde sejam admitidas e não tenha a seguradora, via de regra, a obrigação de atender a outros encargos que não os pactuados, é vedada a imposição de restrições que contrariem a cobertura mínima abrigada pela Lei nº 9.656/98.

No caso em tela, restou demonstrada a necessidade de internação de urgência em razão do quadro de COVID-19 apresentado pelo autor, conforme atestou o médico que lhe prestou o primeiro atendimento na emergência (indexador 16):

PRONTONI 1P - Hospital Geral Prontoni
Hospital Geral

05/05/2020 - 14
Dra. Maria Eduarda

Receituário Médico

Paulo Jorge Coutinho Gabriela

PACIENTE COM QUADRO DE FEBRE, MIALGIA, TOSSE SECA, CEFALÉIA INTENSA HA 3 DIAS, HA 2 DIAS, EVOLUI COM PIORA, APRESENTANDO DESCONFORTO RESPIRATORIO. ALEGA CONTATO COM PACIENTE POSITIVO PARA COVID19. SEM OUTRAS QUEIXAS.

HPP: OBESIDADE.

AO EXAME: REGULAR ESTADO GERAL, ATIVO E REATIVO, HIDRATADO, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, DISPNEICO (SAT O2: 85% EM AA) 94% SOB CATETER NASAL, AFEBRIL. EXAME NEUROLÓGICO: PUPILAS ISOCÓRICAS, FOTOREAGENTES. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA.
OF: SEM ALTERAÇÕES
AR: MVUA RNCOS DIFUSOS
ACV: RCR 2T BNF SEM SOPROS
ABDOME PLÁCIDO, COM PERISTALSE, SEM VISCEROMEGALIAS, NORMOTIMPANICO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA.
MMII: SEM EDEMA, PULSOS PEDIOSOS PRESENTES BILATERAIS.

TC DE TORAX: ALTERAÇÕES PULMONARES BILATERAIS DE ASPECTO INFLAMATORIO AGUDO, ACOMETENDO MAIS DE 50% DO PARENQUIMA PULMONAR

HD: COVID19?

CD: SOLICITO INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO CTI PARA SUPORTE E VIGILANCIA.

DR. MARIA EDUARDA
CRM 150778/2

Destarte, tem-se como configurada a hipótese prevista no artigo 35-C, I, da Lei nº 9.656/98, que estabelece a obrigatoriedade da assistência à saúde nos casos de urgência e emergência, entendidos assim aqueles que implicarem risco imediato de vida. Veja-se:

“Art. 35-C. 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;”

Portanto, em situação de emergência, na qual o quadro patológico do segurado indica a necessidade de internação, a seguradora tem o dever de custeá-la, bem como os medicamentos, intervenções e tratamentos que se fizerem necessários à sobrevivência e saúde do autor.

Nesse norte, constata-se que, ainda que se trate de contrato em que não cumprido o prazo de carência, a cláusula contratual de limitação temporal de internação hospitalar realizada em caráter de emergência é manifestamente abusiva, sendo este o entendimento sumulado pela Corte Superior no verbete nº 302, segundo o qual, “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

No tocante à omissão de doenças preexistentes, como bem destacado na sentença, “a recusa da cobertura sob a alegação de doença preexistente é ilícita, uma vez que incumbe ao fornecedor submeter o consumidor a procedimentos e exames médicos a fim de apurar a preexistência de condição danosa à saúde, de modo que incabível a negativa de internação por esse motivo.”

Com efeito, conforme art. 2º, inciso I, da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS, vigente à época dos fatos, doença preexistente é aquela que o beneficiário sabe ser portador no ato de contratação do seguro saúde.

Outrossim, a infecção por COVID-19 em si não é uma doença preexistente apta a invalidar um contrato de seguro saúde. Além disso, o questionário apresentado no indexador 131, não indagava acerca de possíveis sintomas de coronavírus ou contato com pessoas infectadas.

No caso concreto, o diagnóstico de COVID-19 só foi realizado após a contratação do plano de saúde, inexistindo elementos nos autos a corroborar a tese de doença preexistente.

Sobre o tema, o entendimento pacificado pela Corte Superior na Súmula 609/STJ é no sentido de que “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 consabido que a má-fé não se presume, mas deve ser demonstrada, o que não ocorre na espécie.

Ao contrário, a seguradora, ao não fazer nenhuma exigência para a realização do contrato, recebendo a respectiva parcela sem exigir qualquer exame para verificação de doenças preexistentes no autor, para depois negar a cobertura

securitária, adotou comportamento contraditório, que atenta contra a boa-fé objetiva (venire contra factum proprium).

Nesse contexto, decerto que a recusa ou a demora imotivada de cobertura de internação de urgência por parte do plano de saúde configura afronta ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana e ao direito à saúde e à vida, não se afigurando ético ou de acordo com os postulados da boa-fé e da confiança questionar a necessidade da utilização dos serviços quando em jogo a integridade física ou a vida de um ser humano.

De acordo com a Súmula 337 deste Tribunal de Justiça, "A recusa indevida, pela operadora de planos de saúde, de internação em estado de emergência/urgência gera dano moral in re ipsa."

In casu, como já dito, houve recusa da operadora ré e a autorização para a internação somente foi obtida através de medida judicial.

Assim, comprovado o grave quadro clínico do autor, a indicação médica de internação emergencial e a recusa do plano de saúde réu em fazê-lo por período superior a doze horas, fato esse não negado na peça de defesa, resta patente a falha na prestação do serviço a ensejar a responsabilidade da ré e o consequente dever de reparação pelas lesões imateriais ocasionadas à autora, diante da frustração de suas legítimas expectativas quanto à prestação de serviço indispensável à manutenção de sua qualidade de vida mínima.

Com relação ao quantum reparatório, como cediço, o seu arbitramento deve observar aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, tendo em conta as peculiaridades do caso concreto, de modo a atender ao aspecto preventivo-pedagógico necessário a repelir e evitar práticas lesivas, sem, contudo, configurar enriquecimento ilícito do favorecido.

Forte nesses critérios, observadas as particularidades do caso concreto, tenho que a indenização fixada em R\$ 16.000,00 comporta redução para R\$ 10.000,00, valor que se mostra mais adequado, com proporcionalidade e razoabilidade entre o fato e seus efeitos, bem como respeita a média fixada por esta Corte em casos análogos. Veja-se:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE DE DÉBITO C.C. AÇÃO INDENIZATÓRIA POR DANO MORAL. PRELIMINAR DE VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. ALEGAÇÃO DE NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. 1 - Não há que se cogitar de violação ao princípio da dialeticidade, uma vez que o apelo interposto pela parte autora expõe as razões de fato e de direito de seu inconformismo com a decisão recorrida, valendo citar, a título de ilustração, a afirmação de que, ao contrário do que consta da sentença, a recusa da cobertura pela primeira ré não teve por fundamento a qualificação de doença preexistente, mas, sim, a ausência de informação quanto ao caráter emergencial da sua internação no ato da solicitação, o que, segundo sustenta o apelante, afastaria a incidência da carência. 2 - De acordo com a prova

documental carregada para os autos, o autor buscou o atendimento emergencial do segundo réu (Hospital Samaritano) aproximadamente às 22 horas do mesmo dia em que celebrou o contrato de plano de saúde com o primeiro réu (Prevent Senior), sendo que ao assinar o termo de ciência para internação, declarou ter tido contado com pessoa com suspeita/confirmação de COVID-19. 3 - Contudo, o questionário preenchido pelo autor no momento da contratação, referente à declaração pessoal de saúde, não contempla qualquer pergunta relacionada a eventual queixa de saúde naquele momento, limitando-se a se preocupar com a aferição de enfermidades específicas, cujo tratamento é considerado de alto custo, sendo assim, desarrazoado pensar que houve má-fé por parte do contratante ao não mencionar a respeito de seu estado gripal e provável quadro de COVID-19, sobretudo por não exteriorizar naquele ocasião sintomas indicativos da gravidade de seu quadro de saúde. 4 - De toda sorte, ainda que o autor tivesse agido sem a necessária boa-fé no momento da adesão ao contrato de plano de saúde ofertado pela primeira ré, mesmo em se tratando de doença preexistente, o entendimento jurisprudencial consolidado é no sentido de ser abusiva a cláusula contratual que estabelece período de carência para casos de emergência e urgência, ultrapassado o prazo de 24 horas da contratação (vide Súmula 597 do STJ e arts. 12, V, "c", e 35-C, I, da Lei Lei nº 9.656/98). 5 - A situação clínica do autor era, realmente, de emergência e, portanto, inobstante a doença preexistente, não poderia a operadora do plano de saúde recusar a internação após as 24 horas de contratação, com a mitigação do prazo de carência contratual para preservação da vida. 6 - Nesse contexto, é de se compreender pela inexigibilidade do débito referente às despesas hospitalares atribuído ao autor, reconhecendo a responsabilidade da operadora do plano de saúde pelo respectivo pagamento ao Hospital em razão dos serviços prestados ao autor, ante a irregularidade da negativa de autorização. 7 - O dano moral resta configurado no caso em apreço, nos termos da súmula 339 deste E. Tribunal: "A recusa indevida ou injustificada, pela operadora de plano de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico enseja reparação a título de dano moral.". 8 - Quantum indenizatório que, à luz dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, ora se fixa em R\$ 10.000,00 (dez mil reais). 9 - Pretensão indenizatória formulada pelo autor que ora se acolhe somente em relação à primeira ré, operadora do plano de saúde, única responsável pela falha na prestação do serviço, mantendo sua improcedência em face do Hospital, face a inexistência de solidariedade entre os réus. 10 - Recurso ao qual se dá parcial provimento. (0182525-10.2021.8.19.0001 – APELAÇÃO - Des(a). HELENO RIBEIRO PEREIRA NUNES - Julgamento: 28/11/2023 - QUARTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 5ª CÂMARA CÍVEL)

EMENTA Direito do consumidor. Plano de saúde. Cirurgia bariátrica. Urgência. Carência. Doença preexistente. Dano moral. I. Caso em exame: Apelação cível interposta contra sentença que julgou procedentes os pedidos de obrigação de fazer e de indenização por danos morais, decorrentes da negativa de autorização para realização de cirurgia bariátrica. A operadora de saúde fundamentou a recusa na existência de doença preexistente e na vigência de prazo de carência contratual (Cobertura Parcial Temporária -

CPT). A beneficiária, portadora de obesidade mórbida, apresentou laudo médico atestando a urgência do procedimento diante do risco iminente de morte súbita, infarto e acidente vascular encefálico (AVC). II. Questões em discussão: As questões em discussão consistem em saber: (i) se a situação de urgência e emergência afasta os prazos de carência superiores a 24 horas; (ii) se a operadora de saúde pode alegar a preexistência de doença para negar cobertura sem a exigência de exames médicos prévios no ato da contratação; (iii) se a negativa de cobertura em tais circunstâncias configura dano moral indenizável e se o valor arbitrado observa os princípios da razoabilidade e proporcionalidade. III. Razões de decidir: 1) Incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor (Súmula 608 do STJ), que impõem a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47 do CDC). 2) A obrigatoriedade de cobertura em casos de urgência e emergência decorre de norma cogente (art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98), sendo abusiva a imposição de carência superior a 24 horas para tais hipóteses, conforme consolidado na Súmula 597 do STJ e nos precedentes desta Corte (0805054-44.2023.8.19.0052). 3) A recusa fundada em doença preexistente é ilícita quando a operadora de saúde não exige exames médicos prévios no momento da adesão ou não comprova a má-fé do segurado, nos termos da Súmula 609 do STJ. 4) A negativa indevida de cobertura de tratamento urgente agrava o estado de aflição psicológica e angústia do beneficiário, caracterizando dano moral in re ipsa (Súmulas 209 e 339 do TJRJ e AgInt no AREsp 2.612.373/SP). 5) O valor de R\$ 10.000,00 mostra-se adequado às peculiaridades do caso e aos parâmetros jurisprudenciais para situações de negativa de cirurgia bariátrica. 6) IV. Dispositivo: Recurso conhecido e desprovido, com a majoração dos honorários advocatícios para 12% sobre o valor da condenação (art. 85, § 11, do CPC). (0803442-96.2022.8.19.0055 – APELAÇÃO - Des(a). LUIZ HENRIQUE OLIVEIRA MARQUES - Julgamento: 28/05/2026 - VIGESIMA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 11ª CÂMARA CÍVEL)

Por tais razões, vota-se no sentido de dar parcial provimento ao recurso, apenas para reduzir a verba relativa ao dano moral para R\$ 10.000,00 (dez mil reais), com juros de mora a contar da citação e correção monetária a partir da publicação deste acórdão, mantidos os demais termos da sentença.”

Como se vê, estão bem delimitadas, no acórdão recorrido, as premissas fáticas sobre as quais apoiada a convicção jurídica formada, de modo fundamentado, havendo o Colegiado se manifestado de forma clara sobre as questões e os pontos a respeito dos quais lhe cabia emitir pronunciamento. Nenhum aspecto relevante para a solução da controvérsia deixou de ser examinado.

Conclui-se, pois, que a prestação jurisdicional foi dada na medida da pretensão deduzida, vez que o voto condutor do acórdão recorrido apreciou

fundamentadamente, de modo coerente e completo, as questões necessárias à solução do conflito.

Com efeito, o acórdão enfrentou a controvérsia sob a ótica da urgência da internação, da abusividade da negativa de cobertura e da ausência de comprovação de má-fé, bem como registrou que a recusa por doença preexistente é ilícita quando não há exigência de exames prévios ou prova inequívoca de comportamento doloso do segurado, à luz da Súmula 609 do STJ.

A alegação de doença ou lesão preexistente, por si só, não autoriza automaticamente a negativa de cobertura securitária, incumbindo à operadora demonstrar, de forma segura, o conhecimento prévio qualificado do beneficiário e a sua má-fé, especialmente quando não exigidos exames médicos prévios à contratação, conforme a orientação consolidada na Súmula 609 do STJ, expressamente mencionada no acórdão.

O próprio contrato juntado pela ré prevê mecanismos específicos para apuração de doença ou lesão preexistente, inclusive declaração de saúde, entrevista qualificada, eventual cobertura parcial temporária e procedimento próprio para demonstração da omissão dolosa.

Não há, porém, nos autos, prova robusta de que tenha sido instaurado procedimento apto a demonstrar fraude deliberada do segurado nos moldes contratuais e normativos.

Outrossim, a circunstância de o laudo médico mencionar sintomas anteriores ao atendimento não equivale, por si só, à prova de ciência inequívoca, pelo consumidor, de doença grave preexistente apta a justificar a recusa da cobertura, sobretudo em contexto de atendimento emergencial por suspeita de COVID-19, durante a pandemia, quando sintomas inespecíficos não se confundem necessariamente com diagnóstico consolidado ou com dolo de ocultação.

É consabido que a má-fé não se presume e deve ser efetivamente demonstrada, o que no caso, não ocorreu.

Subsiste, pois, a premissa central do julgado: tratava-se de situação de urgência/emergência, com necessidade de internação hospitalar imediata, reconhecida na decisão plantonista e lastreada em declaração médica, sendo obrigatória a cobertura nos termos do art. 35-C da Lei nº 9.656/98, observada a jurisprudência consolidada sobre a abusividade da recusa em tais hipóteses.

Logo, não se verifica elemento bastante para infirmar a conclusão do acórdão quanto à ilicitude da negativa de cobertura e à configuração do dano moral, este já arbitrado em patamar reduzido para R\$ 10.000,00 no julgamento da apelação.

Vale lembrar que não se pode confundir julgamento desfavorável aos interesses das partes com negativa de prestação jurisdicional, ou com ausência de fundamentação. No caso, a controvérsia foi suficientemente esclarecida, de forma a se afastar a alegada existência dos vícios elencados no art. 1.022, do CPC.

No que diz respeito ao prequestionamento como requisito de admissibilidade para a abertura da instância especial, esse é admitido também de forma implícita, desde que haja o debate acerca da matéria controvertida, o que, no caso, ocorreu. Nesse aspecto, confira-se:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE EXIGIR CONTAS - DECISÃO MONOCRÁTICA DA PRESIDÊNCIA DESTA CORTE QUE NÃO CONHECEU DO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA PARTE DEMANDANTE.

1. A parte agravante refutou, nas razões do agravo em recurso especial, os óbices invocados para negar seguimento ao apelo extremo, não incidindo, portanto, a Súmula 182/STJ.

1.1. A ausência de enfrentamento da matéria pelo Tribunal de origem, não obstante a oposição de embargos de declaração, impede o acesso à instância especial, porquanto não preenchido o requisito constitucional do prequestionamento. Incidência da Súmula 211 do STJ.

1.2. In casu, deixou o recorrente de apontar, nas razões do apelo extremo, a violação do artigo 1.022 do CPC/15, a fim de que esta Corte pudesse averiguar a existência de possível omissão no julgado quanto ao tema.

1.3. Esta Corte admite o prequestionamento implícito dos dispositivos tidos por violados, desde que as teses debatidas no apelo nobre sejam expressamente discutidas no Tribunal de origem, o que não ocorreu na hipótese.

2. É firme o entendimento desta Corte no sentido de que os mesmos óbices impostos à admissão do recurso pela alínea a do permissivo constitucional impedem a análise recursal pela alínea c, ficando prejudicada a análise do dissídio jurisprudencial. Precedentes.

3. Agravo interno provido para reconsiderar a decisão singular da Presidência e, de plano, conhecer do agravo para não conhecer do recurso especial.

(AgInt no AREsp n. 2.874.198/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 18/8/2025, DJEN de 22/8/2025.)



Considerando-se que a finalidade dos embargos de declaração não é obter a revisão da decisão judicial ou a rediscussão da matéria nela abordada, mas aperfeiçoar a prestação jurisdicional, a fim de que seja clara e completa, *in casu*, revela-se inviável o manejo de embargos declaratórios, porquanto adstrita tal via recursal a sanar os vícios elencados no art. 1.022 da codificação processual, não configurados na espécie.

Impõe-se, pois, a rejeição dos embargos, cabendo a este Relator alertar as partes quanto à regra do artigo 1026, §§ 2º e 3º, do CPC.

Isso posto, vota-se por negar provimento ao recurso.

Rio de Janeiro, na data do lançamento da assinatura digital.

DESEMBARGADOR LUIZ ROLDÃO DE FREITAS GOMES FILHO
RELATOR

