



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000282381

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1002894-55.2024.8.26.0368, da Comarca de Monte Alto, em que é apelante IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO - SISTEMA VIDA DE SAÚDE, é apelada HILLARY EDUARDA MARTINS PARMEJANO (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 25 de março de 2025.

VITOR FREDERICO KÜMPEL

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto: 10682

Apelação Cível: 1002894-55.2024.8.26.0368

Apelante: Sistema Vida de Saúde

Apelada: Hillary Eduarda Martins Parmejano

Origem: Foro de Monte Alto - 1ª Vara

Juiz(a) sentenciante: Dr. Gilson Miguel Gomes da Silva

EMENTA

I. Caso em Exame. 1. Recurso de apelação interposto, visando a reforma de sentença que julgou procedente o pedido para confirmar a tutela de urgência e condenar a parte requerida a realizar procedimento oftalmológico indicado.

II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em determinar se a negativa de cobertura do procedimento oftalmológico pelo plano de saúde é abusiva, considerando a indicação médica e a aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

III. Razões de Decidir. 3. As cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte vulnerável, conforme o Código de Defesa do Consumidor, sendo abusiva a exclusão de cobertura de tratamento indicado por médico. 4. A negativa de cobertura com base na natureza estética do procedimento e na taxatividade do rol da ANS não se sustenta, pois o tratamento é necessário para a saúde da apelada e está amparado por legislação que permite cobertura de procedimentos não listados, desde que eficazes.

IV. Dispositivo e Tese. 5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura de tratamento indicado por médico é abusiva quando contraria o objeto do contrato e o Código de Defesa do Consumidor. 2. A cobertura de procedimentos não listados no rol da ANS é obrigatória quando há comprovação de eficácia.

Vistos.

Cuida-se de recurso de apelação interposto por Sistema Vida de Saúde contra Hillary Eduarda Martins Parmejano em razão da r. sentença de fls. 234/240, cujo relatório se adota, que julgou procedente o pedido inicial nas seguintes linhas: *“Posto isso, JULGO PROCEDENTE o pedido para: a. CONFIRMAR a tutela de urgência concedida às fls. 114/118; b. CONDENAR a parte requerida na*

obrigação de fazer, consistente em realizar o procedimento indicado pelo médico oftalmologista, qual seja, o implante de lentes fáticas de fixação iriana (Artisan/Artiflex), primeiro no olho direito e, posteriormente, no olho esquerdo, de acordo com os critérios estabelecidos pelo médico que assiste a autora. Em consequência, julgo resolvido o processo, com apreciação de mérito, nos termos do inciso I, do artigo 487, do CPC. Diante da sucumbência experimentada, condeno a parte requerida ao pagamento de custas e despesas processuais, assim como dos honorários advocatícios, fixados em 10% do valor atribuído à causa, em atenção ao § 2º, do artigo 85, do CPC, e ao Tema 1076 do C. STJ.”.

Insurge-se o apelante (fls. 243/252), ao argumento de que o implante de lentes fáticas de fixação iraniana (Artisan/Artiflex), indicado para a correção dos problemas oculares da Apelada, não é imprescindível à vida, e que não há contraindicação do uso de óculos ou lentes de contato convencionais. Discorreu sobre equilíbrio contratual, taxatividade do rol de tratamentos e procedimentos da ANS e natureza estética do procedimento, sob o fundamento de não tem obrigação de custeá-lo, sendo lícita a sua recusa. Postula pelo provimento do recurso com a reforma da sentença, com a improcedência total da ação.

Recurso tempestivo e preparado.

Sobrevieram contrarrazões às fls. 300/305.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Relevante fazer menção acerca da escorreita tramitação do processo em primeiro grau de jurisdição sob a presidência do MM Juiz de Direito Dr. Gilson Miguel Gomes da Silva, cuja sentença deve ser mantida em sua íntegra.

O presente recurso visa a reforma do julgado sob as teses de que licitude da recusa do custeio pela operadora e de Taxatividade do rol da ANS, teses que não comportam acolhimento.

Pois bem.

Tratando-se de plano de saúde, são aplicáveis as normas do Código

de Defesa do Consumidor.

Nas lições de Cláudia Lima Marques (in “Contratos no Código de Defesa do Consumidor”, 4ª edição, página 399):

“(…) apesar da L. 9656/98, na sua versão atual, nominar os antigos contratos de seguro-saúde como planos privados de assistência à saúde, indiscutível que tanto os antigos contratos de seguro-saúde, os atuais planos de saúde, como os, também comuns, contratos de assistência médica possuem características e sobretudo uma finalidade em comum: o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde do consumidor e de sua família ou dependentes. Mencione-se, assim, com o eminente Professor e Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, que: ‘Dúvida não pode haver quanto à aplicação do Código do Consumidor sobre os serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo, de prestação especializada em seguro-saúde. A forma jurídica que pode revestir esta categoria de serviço ao consumidor, portanto, não desqualifica a incidência do Código do Consumidor. O reconhecimento da aplicação do Código do Consumidor implica subordinar os contratos aos direitos básicos do consumidor, previstos no art. 6º do Código(…)’

Portanto, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte vulnerável, visando estabelecer o equilíbrio do contrato.

De início, importante esclarecer que cabe ao “expert” que o acompanha e não ao plano de saúde indicar qual o melhor tratamento a ser ofertado ao paciente. Logo, ante a expressa indicação médica, a exclusão de cobertura é abusiva, contrariando o próprio objeto do contrato (art. 51, IV, CDC) o que equivaleria a negar o direito do beneficiário uma vida com dignidade.

Ademais, tendo as partes celebrado contrato com previsão de

cobertura de despesas relativas à assistência médico-hospitalar, sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, não poderia a ré negar à autora cobertura dos custos do tratamento indicado pelo médico que a assiste.

Como bem fundamentado pelo juiz de origem:

“Restou demonstrado que a autora é portadora de miopia e astigmatismo desde os nove anos, época em que já passou a usar óculos. Atualmente com 21 anos, devido à progressão das doenças, possui 8 graus de miopia em ambos os olhos, além de 1,50 graus de astigmatismo no olho direito e 2,50 graus no olho esquerdo, e referida condição acarreta dificuldade no seu dia a dia, sobretudo por ser estudante universitária e realizar estágio profissional no Ministério Público, valendo-se da leitura tanto em mídia analógica quanto digital - quase na totalidade do tempo, o que causa uma sobrecarga em sua saúde ocular.

Em consequência, buscou a cirurgia refrativa nos olhos, a qual foi contraindicada, pois a quantidade de ablação, devido ao alto grau, excederia os limites de segurança estabelecidos para a realização da técnica cirúrgica, ocasionando risco à saúde ocular e, como alternativa, o profissional da saúde indicou que a melhor opção para o caso, seria o implante de lentes fáticas de fixação iriana (Artisan/Artiflex), primeiro no olho direito e, posteriormente, no olho esquerdo (fls. 113).

Por ser beneficiária do plano de saúde oferecido pela ré, entrou em contato, mas obteve resposta negativa. Contudo, tem-se que tal recusa é indevida e ilegal, não havendo respaldo legal.

[...]

Com efeito, a indicação do tratamento

adequado ao paciente compete única e exclusivamente ao seu médico, motivo pelo qual não é dado à operadora do plano de saúde questioná-lo.” (fl. 235)

No caso, o contrato não exclui a cobertura dos problemas que acometem a autora, sendo de rigor a cobertura do tratamento indicado, não se reputando plausível a negativa de cobertura integral dos procedimentos necessários a tal tratamento, sob pena de torná-lo ineficaz ao seu objetivo. Ora, não há como se excluir o tratamento destinado à paciente, ainda mais quando o procedimento tenha sido indicado por médico especialista.

Esse entendimento, inclusive, foi congregado em enunciado sumular orientativo desta Corte:

“Súmula 102: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.”

Desse modo, havendo a citada cobertura, é obrigação da ré disponibilizar o tratamento indicado à consumidora, sendo descabida a alegação de que deve prevalecer a cláusula do contrato, porque coloca a consumidora em desvantagem exagerada, indo contra os princípios da boa-fé e equilíbrio contratual.

Havendo prescrição do tratamento pelo médico para a evolução da saúde e do bem-estar da autora, o plano de saúde não pode interferir ou restringir os procedimentos adotados pelo profissional, o que caracteriza a conduta ilícita.

Ademais, é considerada iníqua a cláusula que limita a cobertura a doenças, procedimentos e tratamentos. Assim, não se pode negar o direito do segurado a uma vida com dignidade, quando houver um tratamento idôneo a aliviar seu sofrimento, restituindo sua qualidade de vida e estendendo sua sobrevida.

Neste sentido, confirmam-se os seguintes precedentes deste E. TJSP:

“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO

POR DANOS MORAIS. Autora diagnosticada com alta miopia. Tratamento prescrito pelo médico com indicação da técnica de implante de lente intra-ocular fática (Artisan/Artiflex) ou o denominado implante secundário explante fixação escleral ou iriana. Negativa de cobertura da operadora-ré. Alegações da requerida de que Rol de Procedimentos da ANS é cobertura mínima obrigatória taxativa, que a cobertura deve respeitar a Resolução Normativa 428 da ANS, além dos precedentes do C. STJ a respeito (REsp 1733013/PR - QUARTA TURMA); Descabimento. Aplicabilidade do CDC. Incidência da Lei nº 9.656/98 e da Lei nº 8.078/90 (CDC). Súmulas 92 e 102 deste E. TJSP. Operadora não pode estabelecer o tratamento que o paciente deve se submeter para o alcance da cura e não pode restringir aqueles que forem prescritos pelo médico. Entendimento do REsp 1733013/PR que é controverso, não se podendo falar ainda em overruling. Rol da ANVISA meramente exemplificativo. Sentença mantida. Adoção do art. 252 do RITJ. RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1030135-35.2019.8.26.0576; Relator (a): Jair de Souza; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José do Rio Preto - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/03/2021; Data de Registro: 23/03/2021)”

“APELAÇÃO CÍVEL PLANO DE SAÚDE Ação de obrigação de fazer Negativa de cobertura de sessões de terapia ocupacional, psicoterapia e fonoterapia Inadmissibilidade É vedado à seguradora influir na escolha do tratamento ao paciente, cabendo, apenas, ao médico essa escolha Inteligência da Súmula nº 102 deste E. TJSP que não pode ser relativizada como pretende a recorrente Sentença

mantida Recurso não provido. (TJSP; Apelação 1037123-71.2017.8.26.0114; Relator (a): José Carlos Ferreira Alves; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 09/04/2018; Data de Registro: 09/04/2018).

A respeito da alegação de não estar o procedimento inserido no rol de procedimentos aptos a receber cobertura contratual pelos planos de saúde, por forma das Resoluções Normativas da ANS nº 539 e nº 465, vale destacar a Lei de nº 14.454 de 21/09/2022 que alterou a Lei de nº 9.656/98, dispondo o quanto segue:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

[...]

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

[...]

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”

Em verdade, referido diploma legal fez cair por terra entendimento de que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo já que determina autorização de tratamento não listado no rol, se evidenciada a sua eficácia.

Portanto, fica a sentença mantida, inclusive por seus próprios fundamentos, que adoto como razão de decidir segundo permite o art. 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo.

Por fim, nos termos do artigo 85, § 11 do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios fixados em Primeiro Grau em favor da patrona da apelada no montante de 10% (dez por cento) do valor da causa, para 15% (quinze por cento), em vista da natureza e da complexidade da causa, do zelo dos profissionais e do trabalho realizado (artigo 85, § 2º do Código de Processo Civil).

No mais, para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS 18205 / SP, Ministro FELIX FISCHER, DJ 08.05.2006 p. 240).

Advirto as partes que a oposição de Embargos Declaratórios com fundamento em omissão de matéria regularmente tratada nesta decisão ou com finalidade de prequestionamento será interpretada como ato meramente protelatório e ensejará a condenação da parte embargante às penas por litigância de má-fé, diante



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

da prévia anotação de prequestionamento das matérias aventadas nos autos.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

VITOR FREDERICO KÜMPEL
Relator
Assinatura Eletrônica