



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000287530

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1030638-56.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada SANDRA CERBONCINI LUCAS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª 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 LIA PORTO (Presidente sem voto), MIGUEL BRANDI E PASTORELO KFOURI.

São Paulo, 26 de março de 2025.

LUIZ ANTONIO COSTA

Relator

Assinatura Eletrônica

Voto nº 25/59481

Apelação Cível nº 1030638-56.2024.8.26.0002

Comarca: São Paulo

Juiz de 1ª Instância: Théo Assuar Gragnano

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelado: Sandra Cerboncini Lucas

Apelação - Plano de saúde - Negativa de cobertura de tratamento cirúrgico indicado pelo médico – Necessidade de procedimento cirúrgico com utilização de materiais pertinentes – Cobertura devida – Doença coberta pelo plano – Operadora tem dever de cobrir tratamento prescrito por médico para controle da doença que acomete a beneficiária – Súmula 102 TJSP – Entendimento do E. STJ - Rol de coberturas da ANS não é taxativo – Cobertura integral dos gastos – Opinião da Junta Médica que não deve se sobrepor à indicação do profissional de confiança da paciente – Recusa abusiva – Sentença mantida – Recurso improvido.

Recurso de Apelação interposto contra sentença que julgou procedente Ação de Obrigação de Fazer proposta pelo beneficiário de plano de saúde Apelado em face da operadora de plano de saúde Apelante para, confirmando a tutela de urgência concedida em agravo de instrumento, condenar a parte ré custear o procedimento cirúrgico, com os materiais indicados pelo médico assistente, em nosocômio integrante da rede credenciada.

Apela a Ré, sustentando, que não negou a cobertura do custeio do procedimento pretendido pela autora, mas somente submeteu o caso a um exame criterioso quanto à pertinência do procedimento. Diz que o caso foi analisado por uma junta médica, que concluiu pela não necessidade de alguns procedimentos e materiais solicitados para a realização da cirurgia. Afirma que a negativa se deu por estrito

cumprimento da legislação e normas específicas aplicáveis ao caso. Nega a prática de conduta lesiva, arbitrária ou abusiva. Afirma que a própria lei 9.656/98 criou o plano de referência que deve ser normatizado pela ANS que elenca o rol de coberturas e para a cobertura de procedimento não previsto no rol da ANS deve haver indicação contratual, o que não ocorre na espécie. Assim, deve-se afastar qualquer tese de descumprimento contratual devendo se observar o princípio da *pacta sunt servanda*, para não gerar insegurança jurídica. Aduz que as cláusulas limitativas não são proibidas pelo CDC, não havendo abusividade em tal medida. Defende a licitude da negativa de cobertura, bem como a inaplicabilidade da Súmula 102 do TJSP. Alega estar ausente a cobertura de fornecimento de procedimentos e materiais não pertinentes ao procedimento, até diante da impossibilidade de reutilização ou aproveitamento do material. Assevera que é exigida a boa-fé dos contratantes no contrato de seguro. Pede a reforma da sentença com vistas a total improcedência da demanda.

Contrarrazões às fls. 704/724.

Comprovado o recolhimento do preparo recursal, bem como a tempestividade, recebo o recurso em seus regulares efeitos.

É o Relatório.

Em se tratando de contrato de plano de saúde (contrato de adesão), são aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor, sendo certo que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em

favor da parte hipossuficiente, qual seja, o beneficiário.

Incide na espécie a Súmula 469 do STJ: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.”*

In casu, o consumidor (beneficiário) aderiu ao contrato firmado com o fornecedor (plano de saúde), sendo manifesta a fragilização do *pacta sunt servanda*, vez que o contrato, embora bilateral, não permite a discussão pelo aderente que fica inferiorizado contratualmente.

Logo, possível é a adequação dos contratos de seguro aos ditames legais, de modo a viabilizar inclusive, se for o caso, a decretação da nulidade das cláusulas que *“estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou seja, incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”* (artigo 6º, inciso V c/c artigo 51, inciso IV do Código de Defesa do Consumidor).

Assim, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, nos termos do artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor.

Foi prescrito à Autora o procedimento cirúrgico na coluna para descompressão do canal medular, discectomia e artrodese dos segmentos L4S1 para estabilização da coluna, o qual teve negada a cobertura.

É cediço que a operadora não tem obrigação de cobertura do procedimento, bem como do fornecimento de próteses/órteses quando estas não estão ligadas ao ato cirúrgico, nos termos do art. 10º, inciso VII, da Lei 9.656/98.

Ocorre, porém, que o caso aqui tratado é distinto, uma vez que os materiais solicitados são intrínsecos ao ato e devem seguir sua sorte, sendo abusiva a recusa de seu custeio pela operadora.

Ressalte-se que embora a Ré alegue o contrário, não cuidou de comprovar nos autos que os materiais não estavam ligados ao ato cirúrgico, ônus que lhe competia.

Neste sentido, colaciono precedentes desta Corte de Justiça em casos similares:

“Apelação cível. Plano de saúde. Cobertura de cirurgia e materiais relacionados ao ato cirúrgico. Sentença de procedência. Inconformismo da ré. Doença coberta pelo plano. Negativa que fere entendimento fere entendimento pacífico do C. Superior Tribunal de Justiça no sentido de que "o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura" (STJ, Resp 668.216/SP, 3ª Turma, relator: Min. Carlos Alberto Menezes Direito, Julgamento em 15/3/2007). Recusa sob a alegação de se

tratar de contrato não adaptado à Lei nº 9.656/98. Irrelevância. Contrato de trato sucessivo. Código de Defesa do Consumidor. Aplicabilidade. Artigos 2º e 3º da Lei nº 8.078/1990. Inteligência das Súmulas nº 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça e nº 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça. Fornecedor que deve assumir o risco do negócio que está fornecendo. Caveat venditor. Tratamento devido. Sentença mantida. Recurso desprovido.” (Apelação Cível 1105683-73.2018.8.26.0100; Relator: Rodolfo Pellizari; 6ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 21/01/2020; Data de Registro: 21/01/2020).

“Ação de obrigação de fazer cumulada com danos morais – Plano de Saúde – Sentença de procedência em parte – Insurgência da requerida – Alegação de contrato não adaptado – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor e à Lei 9656/98 – Contrato de trato contínuo e renovação automática - Apelante que se recusou a custear o tratamento médico e hospitalar dispensado à paciente beneficiária do plano de saúde quanto à colocação de próteses/órteses diante de sua queda sofrida - Abusividade - Necessidade de cobertura do tratamento indicado por médico assistente - Cláusula de exclusão genérica de caráter abusivo - Aplicação do Código de Defesa do Consumidor e da Súmula e das Súmulas 100 e 102 do Tribunal de Justiça ao caso – Impossibilidade de discussão pelo plano de saúde acerca da pertinência da prescrição

feita pelo médico assistente – Exclusão contratual que coloca em risco o objeto do contrato – Prevalência do princípio ao acesso à saúde – Abusividade da negativa de cobertura – Lesão anímica caracterizada - Importe arbitrado em acordo com os princípios da razoabilidade e proporcionalidade - Sentença mantida – Recurso não provido.” (Apelação Cível 1112016-41.2018.8.26.0100; Relator: Marcia Dalla Déa Barone; 4ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 28/11/2019).

Destarte, a Ré está obrigada a dar cobertura ao tratamento prescrito em sua integralidade, aí incluídos todos os materiais necessários.

Meu posicionamento a respeito da matéria, já revelado em outras decisões, é de que as empresas operadoras de contratos de prestação de serviços médicos e hospitalares, de planos de saúde, de seguros-saúde e correlatos, exercem atividade lícita e lucrativa, devendo ser respeitadas as relações jurídicas que se estabelecem com a assinatura do respectivo contrato mas, o avanço da medicina, assim como a evolução das drogas de combate às doenças mais comuns e graves, são elementos que permitem relativizar algumas normas contratuais e mesmo legais.

Com efeito, estando a doença da Autora abrangida pelo plano, tendo o médico dela prescrito especificamente o procedimento a Ré, bem como os materiais, tem o dever de cobri-lo em sua

integralidade. É o que se depreende da súmula deste Tribunal:

“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” (Súmula 102 TJSP).

Nesse sentido também a jurisprudência do STJ:

“2. O contrato de plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas não lhe sendo permitido, ao contrário, delimitar os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade constante da cobertura”.

(AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Ministra Maria Isabel Gallotti, j. em 24.06.2014 pela 4ª- T.)

É sabido que a operadora do plano de saúde pode, na avença celebrada, estabelecer quais enfermidades são cobertas pelo seguro, mas não o tipo de tratamento, intervenção, exame e afins (médicos, cirúrgicos, hospitalares, domiciliares etc) indicados para combater a doença.

Em outras palavras, não pode o paciente, por conta de cláusula contratual limitativa, ser privado de submeter-se ao método terapêutico mais moderno disponível à época do surgimento, instalação e evolução da moléstia.

Há muito está consolidado nesta Corte o entendimento de que as operadoras de contratos do tipo Plano de Saúde, ou Seguro de Saúde, não têm o direito de questionar as prescrições médicas, sendo somente dado ao médico que acompanha o paciente a indicação do melhor tratamento ao diagnóstico apresentado.

O rol de coberturas obrigatórias da ANS diz respeito a coberturas mínimas, servindo apenas como orientador das prestadoras de serviços de saúde. Destarte, não pode a Apelante excluir ou limitar tratamento médico sem expressa previsão legal, não sendo razoável a recusa da cobertura.

E, no caso dos autos, é incontroversa a necessidade da realização dos procedimentos cirúrgicos, bem como dos materiais cirúrgicos requisitados.

Por sinal, o material é inerente ao procedimento cirúrgico, de modo que a negativa de cobertura do material equivale à negativa da própria cirurgia, ou seja, fere o escopo do contrato que visa a preservação da saúde do beneficiário.

Ainda é majoritária, amparada em julgados do C. STJ, a convicção de que não cabe à Junta Médica a análise da pertinência dos materiais solicitados, novamente sob o fundamento de que somente ao profissional da saúde responsável que é dado avaliar o que melhor atende as necessidades do seu paciente.

Portanto, verificada a abusividade, de rigor que a Ré seja obrigada a providenciar os procedimentos e os materiais indicados pelo médico, como constou em sentença.

Assim, uma vez esclarecido que a operadora de plano de saúde Apelante descumpriu sua obrigação, a solução adotada pela sentença demonstra-se adequada.

Destarte, mais não é preciso dizer para ver mantida a sentença.

Nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, majoro os honorários sucumbenciais para 12% sobre o valor atualizado da causa, nos moldes fixados em sentença.

Isto posto, pelo meu voto, **nego provimento ao recurso.**

Luiz Antonio Costa
Relator