



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000307900**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1006736-77.2024.8.26.0001, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelado ROSADELIA MALHEIROS CARBONI.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 8ª 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 SALLES ROSSI (Presidente sem voto), SILVÉRIO DA SILVA E CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER.

São Paulo, 29 de março de 2025.

**PEDRO DE ALCÂNTARA DA SILVA LEME FILHO**

**Relator(a)**

Assinatura Eletrônica

Apelação nº: 1006736-77.2024.8.26.0001  
Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde  
Apelados: Rosadelia Malheiros Carboni  
Comarca: São Paulo – 8ª Vara Cível  
1ª Instância: 1006736-77.2024.8.26.0001  
Juiz (a): José Fabiano Camboim de Lima

Voto nº 43.223

EMENTA. Apelação cível. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais. Sentença de procedência. Recurso da ré. Plano de saúde. Contrato celebrado antes da Lei 9.656/98 e não adaptado. Aplicação do CDC. Súmula 608 do STJ. Cláusula de exclusão de cobertura para materiais essenciais ao procedimento autorizado. Abusividade reconhecida. Escolha do tratamento que cabe ao médico assistente, e não à operadora do plano. Reembolso. Descabimento. Não se trata de escolha do consumidor por atendimento particular, mas de negativa indevida da operadora. Obrigação de custeio integral do procedimento e materiais necessários. Danos morais. Recusa abusiva que atrasou o tratamento do beneficiário. Dano in re ipsa. Indenização fixada em R\$8.000,00. Valor proporcional e razoável. Sentença mantida. Recurso desprovido.

Apelação interposta contra a sentença de fls. 203/206, cujo relatório se adota, que julgou procedente a ação cominatória movida por Rosadelia Malheiros Carboni em face de Sul América Companhia de Seguro Saúde, para o fim de, confirmando a tutela de urgência deferida às fls. 79/81, condenar a ré a autorizar e custear a realização integral dos procedimentos dos quais necessita a autora, conforme prescrição médica de fls. 24, 27/28, 74 e 173/174, mediante utilização dos materiais indicados; bem como ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$8.000,00 (oito mil reais).

A ré apela e pugna pela reforma da sentença pelas razões de fls. 228/236, sustentando, em síntese, que o contrato firmado entre as partes foi celebrado antes da Lei 9.656/98 e não foi adaptado, de modo que não pode ser submetido às disposições dessa legislação. Afirma, ainda, que a negativa de cobertura se baseia em cláusula contratual válida, sendo lícita a recusa ao fornecimento dos materiais solicitados. Subsidiariamente, requer que eventual condenação limite os valores de reembolso aos previstos no contrato, bem como seja excluída ou reduzida a indenização por danos morais.

Recurso tempestivo e respondido (fls. 242/247).

É o relatório em sede recursal.

O recurso não comporta provimento.

A r. sentença deve ser confirmada pelos seus próprios e bem deduzidos fundamentos, os quais ficam inteiramente adotados como razão de decidir pelo improvimento do recurso, nos termos do art. 252 do Regimento Interno deste E. Tribunal de Justiça, que dispõe: *Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la.*

O Colendo Superior Tribunal de Justiça tem prestigiado este entendimento quando predominantemente reconhece “a viabilidade de o órgão julgador adotar ou ratificar o juízo de valor firmado na sentença, inclusive transcrevendo-a no acórdão, sem que tal medida encerre omissão ou ausência de fundamentação no decisum” (REsp. nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rel. Min. JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, j. de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rel. Min. CASTRO MEIRA, j. de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rel. Min. ELIANA CALMON, j. 17.12.2004 e REsp

nº 265.534 – DF, 4ª Turma, Rel. Min. FERNANDO GONÇALVES, j. de 1.12.2003).

### **Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e Abusividade da Recusa**

A relação jurídica entre as partes é inegavelmente de consumo, o que impõe a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça.

Ainda que o contrato tenha sido celebrado antes da Lei 9.656/98 e não tenha sido formalmente adaptado, suas cláusulas não estão imunes ao controle de legalidade e abusividade, cabendo ao Judiciário rechaçar interpretações contratuais que violem a boa-fé objetiva e coloquem o consumidor em desvantagem excessiva (art. 51, IV, CDC).

No caso concreto, restou incontroverso que a operadora autorizou o procedimento cirúrgico, mas se negou a fornecer os materiais prescritos pelo médico da autora, sob a alegação de que tais itens não estavam cobertos pelo contrato.

A negativa, contudo, é manifestamente abusiva. Cabe ao médico assistente e não à operadora do plano de saúde determinar quais são os insumos necessários para a realização do procedimento prescrito. O entendimento consolidado pelo STJ e por esta Corte é de que a operadora não pode eleger quais materiais devem ser utilizados, sob pena de interferência indevida na relação médico-paciente e risco ao tratamento do consumidor.

Nesse sentido:

**STJ - AgInt no REsp n. 1.940.758/SP -**  
***CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO***

ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DOS ARTS. 489 E 1.022 DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. COBERTURA DO TRATAMENTO DE FOTOFÉRESE EXTRACORPÓREA. DOENÇA DE SÉZARY. OBRIGATORIEDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. É indevido conjecturar-se a existência de omissão, obscuridade ou contradição no julgado apenas porque decidido em desconformidade com os interesses da parte.

2. O plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento de doença coberta pelo plano e indicada pelo médico.

3. A inclusão do tratamento no rol da ANS é desimportante para a análise do dever de cobertura de exames, medicamentos ou procedimentos para o tratamento de câncer, como no caso dos autos - doença de Sézary - linfoma cutâneo -, em que há apenas uma diretriz na resolução. A negativa de cobertura, portanto, verbera conduta abusiva, apta a ser compensada pela fixação de danos morais.

4. Agravo interno desprovido (relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 17/2/2025,

DJEN de 28/2/2025).

**TJSP - Apelação Cível 1098365-63.2023.8.26.0100 -**  
**AÇÃO COMINATÓRIA. PLANO DE SAÚDE.**  
*Negativa de cobertura dos materiais necessários para cirurgia de "discectomia por via endoscópica lombar para a retirada de hérnia de disco". Sentença de parcial procedência. Apelo da operadora. Negativa de cobertura abusiva. Súmulas 96 e 102 deste E. TJSP. O melhor tratamento para o paciente não é determinado pela junta médica da operadora de saúde, pautada sob inequívoco interesse econômico, mas sim pelo médico que acompanha o caso e que avalia os riscos e benefícios de cada tratamento, com a escolha que melhor se adapta ao paciente, inclusive no que tange aos materiais empregados. Inexistência de motivo qualificado apto a prejudicar a cirurgia com os materiais indicados. Apelo da autora. Danos morais configurados. Lesão anímica que ultrapassa o mero dissabor. Indenização arbitrada em R\$ 10.000,00, em observância ao duplo caráter da reparação. Ônus sucumbencial imposto exclusivamente à requerida. Base de cálculo dos honorários sucumbenciais mantida no valor da causa. Sentença reformada apenas no que toca à incidência dos danos morais. RECURSO DA AUTORA PARCIALMENTE PROVIDO E O DA RÉ DESPROVIDO (Relator (a): WILSON LISBOA RIBEIRO; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 23ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/03/2025; Data de Registro: 07/03/2025).*

### **Cláusulas Contratuais e a Boa-Fé Objetiva**

O argumento da apelante de que o contrato firmado antes da Lei 9.656/98 deve ser cumprido tal como pactuado não se sustenta. Ainda que a retroatividade da referida norma não alcance os contratos antigos, tais instrumentos devem ser interpretados conforme os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, conforme dispõe o art. 51 do CDC e reiterada a jurisprudência consolidada.

Além disso, a cláusula invocada pela operadora para justificar a recusa não foi sequer apresentada de forma específica nos autos, tampouco demonstrou qualquer comunicação prévia e expressa à beneficiária sobre a suposta limitações contratuais. No contexto de contratos de adesão, a ausência de informação clara e precisa sobre restrições de cobertura configura violação ao direito do consumidor (arts. 6º, III e 54, § 4º, do CDC).

### **Reembolso e Livre Escolha**

A operadora argumenta que, caso mantida a condenação, a cobertura deve se restringir ao limite de reembolso previsto no contrato. Tal alegação, contudo, não se aplica ao caso concreto, pois a operadora não negou o procedimento, mas apenas os materiais necessários para sua realização.

Desta forma, não se trata de mero reembolso por escolha do consumidor, mas de descumprimento contratual da operadora ao não garantir a integralidade do tratamento autorizado. O próprio contrato prevê um sistema de livre escolha com reembolso, mas não pode ser utilizado como subterfúgio para limitar um tratamento essencial já reconhecido como necessário.

## **Danos Morais e a Correção do Quantum Indenizatório**

A condenação ao pagamento de danos morais deve ser mantida.

É incontroverso que a recusa indevida da operadora atrasou a realização do procedimento prescrito, causando sofrimento e angústia por parte da autora, que já enfrenta quadro de dor crônica grave.

O STJ tem reiteradamente decidido que a negativa indevida de cobertura por operadora de plano de saúde, quando compromete a saúde e integridade dos beneficiários, caracterizando dano moral *in re ipsa*, ou seja, independentemente de comprovação específica do sofrimento experimentado pela vítima:

**AgRg no AgRg no REsp n. 1.490.607/RS - AGRVO REGIMENTAL NO AGRVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO (CIRURGIA). PREMISSA FÁTICA ASSENTADA PELAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. CARACTERIZAÇÃO DE DANO MORAL IN RE IPSA. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS DEVIDA. PRECEDENTES. AGRVO REGIMENTAL IMPROVIDO.**

*1. A recusa indevida da operadora de plano de saúde à cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, dá origem ao dever de reparar o dano moral in re ipsa, consistente no agravamento do estado de aflição e angústia do paciente.*

*Precedentes da Terceira e da Quarta Turmas do STJ.*

2. *Agravo regimental a que se nega provimento* (relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, julgado em 15/9/2015, DJe de 1/10/2015).

Quanto ao valor da indenização, o montante fixado em R\$8.000,00 revela-se adequado e proporcional, considerando a gravidade da conduta da operadora; o impacto negativo sobre a saúde e o bem-estar do beneficiário; o caráter punitivo e pedagógico da publicação.

Não se verifica qualquer excesso a justificar a redução da indenização.

E outros fundamentos são dispensáveis diante da adoção integral dos que foram deduzidos na r. sentença, e aqui expressamente adotados, para evitar inútil e desnecessária repetição (art. 252 do RITJSP).

Por derradeiro, tendo em vista o disposto no artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil, majoram-se os honorários devidos pelo apelante aos patronos da apelada para 20% do valor da condenação.

Ante o exposto, meu voto nega provimento ao recurso.

Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho  
Relator