



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000315506

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1036355-80.2022.8.26.0564, da Comarca de São Bernardo do Campo, em que é apelante NOTREDAME INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S/A, é apelado ANDERSON GERALDO DA CRUZ.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª 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 ALVARO PASSOS (Presidente), GIFFONI FERREIRA E CORRÊA PATIÑO.

São Paulo, 31 de março de 2025.

ALVARO PASSOS

relator

Assinatura Eletrônica

Voto nº 49337/TJ – Rel. Alvaro Passos – 2ª Câm. de Direito Privado

Apelação cível nº 1036355-80.2022.8.26.0564 (proc. digital)

Apelante: NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A

Apelado: ANDERSON GERALDO DA CRUZ

Comarca: São Bernardo do Campo – 2ª V. C.

Juiz(a) de 1º Grau: Maurício Tini Garcia

EMENTA

REVELIA – Matéria já analisada, quando interposto agravo de instrumento pela parte – Preclusão – Preliminar rejeitada – Recurso improvido.

CONTRATO – Prestação de serviços – Plano de saúde – Negativa de cobertura de materiais e insumos ligados a cirurgia prescrita ao autor, portador de blefaroespasmos – Inadmissibilidade – Inclusão, na apólice, de tratamento para a moléstia, devendo toda e qualquer medida tendente a minimizá-la ou eliminá-la ser coberta – Entendimento sumulado por este Tribunal (Súmulas nºs 96 e 102) – Limitação com base em rol da ANS – Descabimento – Inteligência da Lei nº 14.454/2022 – Inexistência, ademais, de indicação de terapia substituta e eficaz, que já teria sido incorporada à listagem da Agência Reguladora – Recurso improvido.

Vistos.

Trata-se de recurso interposto contra a r. sentença de fls. 803/805, cujo relatório se adota e contra a qual os litigantes opuseram embargos de declaração, ambos rejeitados, que julgou procedente o pedido para impor à ré a cobertura do procedimento cirúrgico prescrito ao autor, impondo à vencida o ônus pela sucumbência.

A empresa sustenta, em apertada síntese, que

não há elementos que demonstrem a eficácia da cirurgia pleiteada, o que foi confirmado por laudo pericial, além de não constar, o tratamento, em rol da ANS; que o segurado possuía ciência acerca das cláusulas contratuais, sobre exclusão de terapias experimentais, não sendo caso de urgência/ emergência, sendo certo que os procedimentos para blefaroespasma são paliativos; que a multa aplicada é descabida e desproporcional, podendo, o seu valor, ser revisado a qualquer tempo, observando-se os princípios da proporcionalidade e a razoabilidade.

Com contrarrazões, tendo sido suscitada preliminar em relação à revelia, vieram os autos para reexame.

É o relatório.

Fica rejeitada a preliminar suscitada pelo apelado.

Como constou no Agravo de instrumento nº 2092948-24.2023.8.26.0000, “(...) ainda que decretada a revelia, a presunção de veracidade dos fatos alegados é relativa. Tanto é assim que pode haver contrariedade aos fatos narrados, diante do conjunto probatório existente nos autos”. Ademais, tal questão já se encontra superada, pela sua apreciação no referido instrumento, operando-se a preclusão.

No mérito, consigna-se, de início, que o contrato em questão destina-se ao consumidor final, o que possibilita a incidência das normas de Defesa do Consumidor, aplicando-se o entendimento do C. Superior Tribunal de Justiça a respeito:

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão (Súmula nº 608).

No mais, tem-se que a tese defendida pela empresa apelante – de que o procedimento e os materiais prescritos ao segurado, ora apelado, em virtude de cirurgia que lhe fora prescrita, não estão acobertados por não constar em DUT ou rol da ANS – não é nova, ao contrário, é sempre apresentada e afastada pelos Tribunais.

Ao abranger, no contrato, determinada moléstia, não cabe à seguradora definir qual o meio a ser utilizado para o seu tratamento, inclusive para fins de averiguação e origem da enfermidade, assim como a terapia que deve ser adotada para fins de cobertura.

Anota-se que toda e qualquer medida tendente a minimizar ou eliminar a doença relacionada deve ser coberta, sob pena de inviabilizar a própria fruição do plano contratado, devendo ser considerada abusiva toda cláusula que exclui de sua cobertura procedimento cuja moléstia encontra-se acobertada, especialmente se os insumos e materiais indicados pelo terapeuta estão relacionados ao ato cirúrgico, como no caso.

Neste sentido:

Juízo de Retratação. Apelação. PLANO DE SAÚDE. Negativa de cobertura de "implante percutâneo de valva aórtica (TAVI)". Alegação de que o procedimento não está previsto no rol da ANS. Inadmissibilidade. Honorários advocatícios. Valor da causa de R\$1.000,00. Mantido o valor fixado de forma equitativa em R\$1.500,00. IRDR, Tema 1076, STJ. Valor do proveito econômico que não se mostra irrisório. Recurso da autora provido. Recurso da ré não provido. (TJSP; Apelação Cível 1053837-17.2018.8.26.0100; Relator (a): Emerson Sumariva Júnior; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 16/12/2022; Data de Registro: 16/12/2022).

PLANO DE SAÚDE. Negativa de cobertura. Cirurgia e materiais solicitados para tratamento de lombalgia. Falta de validação pela junta médica da operadora. Necessidade do procedimento e dos insumos reconhecida. Recusa abusiva,

incompatível com o objeto do contrato. Indicação de tratamento que cabe somente ao médico. Custeio junto a prestador não credenciado ao plano que será integral somente se a operadora não possuir, em sua rede, profissionais que ofereçam o atendimento solicitado. Dano moral configurado. Indenização devida e bem fixada. Cerceamento de defesa incorrente. Recurso provido em parte (TJSP; Apelação Cível 1015773-78.2022.8.26.0008; Relator (a): Augusto Rezende; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VIII - Tatuapé - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/06/2023; Data de Registro: 21/06/2023).

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. Obrigação de fazer c/c indenização por danos morais. Sentença de procedência. Negativa de cobertura para tratamento na coluna. Preliminar de cerceamento de defesa. Inocorrência. Negativa de insumos considerados desnecessários por junta médica. Inadmissibilidade. Comprovada necessidade do tratamento, a necessidade da cirurgia e dos materiais, não cabe à operadora escolher o tipo de procedimento ou material a ser utilizado na cirurgia, mas ao corpo clínico responsável pelo tratamento. Abusividade configurada. Obrigação de custeio. O plano de saúde não pode limitar os meios curativos. Aplicação das Súmulas 96, 100 e 102 deste TJSP. Consoante o artigo 10, inciso VII, da Lei nº 9.656/98 somente pode ser excluída cobertura com relação ao fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios quando não ligados ao tratamento ou ato cirúrgico, o que não é o caso. Danos morais. Não configuração. Inexistência de ofensa a atributos da personalidade da autora, ou mesmo sofrimento intenso, que caracterize o dano de ordem extrapatrimonial, não tendo o descumprimento contratual a magnitude apta a ferir sua dignidade humana. Recurso parcialmente provido (TJSP; Apelação Cível 1011338-79.2022.8.26.0002; Relator (a): Ademir Modesto de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/01/2023; Data de Registro: 12/01/2023).

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL – Pretensão de custeio de procedimento cirúrgico denominado cranioplastia, com prótese prototipada – Sentença de procedência – Inconformismo da operadora – Rejeição – Recusa fundada na limitação

do rol da ANS – Abusividade da negativa – Súmula nº 102 deste TJSP – Rol da ANS que traz apenas a previsão mínima de coberturas – Quadro de saúde com cobertura contratual – Expressa indicação médica – Obrigação de custeio da cirurgia e dos demais procedimentos relacionados – Cobertura obrigatória dos materiais cirúrgicos, próteses e órteses, quando relacionados ao procedimento cirúrgico indicado – Inteligência do art. 12, II, "e", c.c art. 10, VII, da Lei nº 9.656/98 – Danos morais cabíveis – Circunstâncias excepcionais – Negativa que extrapolou o mero aborrecimento cotidiano – Verificado o risco concreto de agravamento da saúde da paciente – Quantum fixado (R\$10.000,00) que se encontra em consonância ao que se tem arbitrado em casos análogos – Precedentes desta Corte – Sentença mantida – NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO (TJSP; Apelação Cível 1019669-39.2021.8.26.0405; Relator (a): Alexandre Coelho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Osasco - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/05/2022; Data de Registro: 31/05/2022).

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais julgada parcialmente procedente. Inconformismo da ré. Descabimento. Grave patologia cardíaca. Necessidade de específica e urgente cirurgia e exame (implante percutâneo de válvula aórtica e angiotomografia coronariana). Expressa prescrição médica. Recusa embasada na cláusula contratual que exclui a cobertura. Cláusula abusiva. Incidência dos art. 422, 423 e 424 do C.C. Compete ao médico prescrever o necessário tratamento da paciente para alcançar a cura da doença, não sendo admissível a interferência da ré. Súmula 102 do E. TJSP. Sentença mantida. Recurso improvido. (TJSP; Apelação Cível 1006833-10.2021.8.26.0704; Relator (a): Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XV - Butantã - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/08/2022; Data de Registro: 27/08/2022).

De mais a mais, esse entendimento já se encontra sumulado por esta Corte:

Súmula 96: Havendo expressa indicação médica de exames associados a

enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento.

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.

Com o avanço rápido da medicina e de alternativas mais modernas para tratamentos convencionais, e tendo em vista que o rol da ANS é atualizado de tempos em tempos, por óbvio há uma defasagem entre a prescrição médica e a cobertura oferecida pelas seguradoras.

Há, ainda, de se ter em conta que o rol editado pela Agência Reguladora não é taxativo; ao contrário, prevê acobertamento **mínimo obrigatório**, e não máximo obrigatório, como pretendem as empresas que atuam nesse setor, sendo, a taxatividade, incompatível com o acobertamento mínimo garantido.

Assim, conceder contratualmente direito a uma terapia, mas vedar a realização de exames de controle da doença, ou o fornecimento de medicação ou de materiais a ela associada, ou do tratamento, indispensáveis à extirpação da moléstia do paciente, revela a impossibilidade de o contrato firmado atingir o fim a que se destina, causando, por conseguinte, desequilíbrio na relação contratual.

Há, ainda, de se considerar que o rol editado pela Agência Reguladora não é taxativo; ao contrário, prevê acobertamento mínimo obrigatório, e não máximo obrigatório, como pretendem as empresas que atuam nesse setor, sendo, a taxatividade, incompatível com o acobertamento mínimo garantido, especialmente ante a edição da Lei nº 14.454/2022, a qual afasta a taxatividade da referida listagem.

E considerados o conjunto probatório e o entendimento do C. Superior Tribunal de Justiça, que fixou as seguintes teses: “1) o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo; 2) a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol; 3) é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol; 4) não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS” (destaquei), nota-se que foi devidamente justificada a indicação do procedimento para o apelado, portador de blefaroespasma (fls. 27/28), além de a apelante não ter indicado terapia substituta e eficaz, que já teria sido incorporada à listagem da Agência Reguladora.

Tendo em vista o resultado a que aqui se chega, a apelante deve de responder pela verba honorária, que fica majorada para R\$ 7.800,00 (sete mil e oitocentos reais).

Por derradeiro, a fim de evitar a oposição de embargos de declaração, única e exclusivamente voltados ao



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

prequestionamento, tenho por expressamente prequestionada, nesta instância, toda a matéria, consignando que não houve ofensa a qualquer dispositivo a ela relacionado.

Diante do exposto, **nego provimento** ao recurso.

ALVARO PASSOS
Relator