



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000318036

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001513-30.2024.8.26.0362, da Comarca de Mogi-Guaçu, em que é apelante UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE MOGI GUAÇU, é apelada BRUNA FERNANDA DE MELO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Julgaram prejudicado o recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente sem voto), CESAR MECCHI MORALES E COSTA NETTO.

São Paulo, 31 de março de 2025.

VITO GUGLIELMI
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 65.022

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1001513-30.2024.8.26.0362

RELATOR : DESEMBARGADOR VITO GUGLIELMI
APELANTE : UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA COOPERATIVA
DE TRABALHO MÉDICO DE MOGI GUAÇU
APELADA : BRUNA FERNANDES DE MELO
COMARCA : MOGI GUAÇU – 3ª VARA CÍVEL

SEGURO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PRETENDIDA COBERTURA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO RECLAMADO PELA AUTORA, COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR A ANTERIOR CIRURGIA BARIÁTRICA. COBERTURA NEGADA PELA REQUERIDA, AO ARGUMENTO DE SE TRATAR DE PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. CONTRATO COLETIVO ENTRE A OPERADORA E A EMPRESA ESTIPULANTE, TODAVIA, SUPERVENIENTEMENTE RESCINDIDO EM RELAÇÃO À AUTORA. ART. 26, III, § 2.º DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 279/2011 DA ANS. CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIA DA DEMANDANTE, NO CONTRATO COLETIVO, QUE NÃO MAIS SUBSISTE. INVIABILIDADE, POR CONSEQUÊNCIA, DE SE EXIGIR QUE CUSTEIE OS PROCEDIMENTOS VINDICADOS. PERDA SUPERVENIENTE DO OBJETO. PROCESSO EXTINTO DE OFÍCIO, SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO, PREJUDICADO O EXAME DO RECURSO.

1. Trata-se de recurso de apelação, tempestivo e bem processado, interposto contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer ajuizada por Bruna Fernanda de Melo em face de Unimed Regional da Baixa Mogiana – Cooperativa de Trabalho Médico.

A autora sustenta que é beneficiária de contrato de plano de saúde prestado pela ré. Diz que, anteriormente, submeteu-se a cirurgia bariátrica, em decorrência do que eliminou cerca de 42 quilogramas de peso corporal. Narra, porém, que hoje apresenta flacidez e problemas de pele em várias regiões do corpo (abdome, mamas, coxas, braços e dorso, além de hipertrofia glútea), razão pela qual lhe foi prescrita a realização de cirurgias plásticas, alegadamente de natureza reparadora. Aponta que a requerida, injustamente, recusou-se a custear os procedimentos, sob a alegação de que se trata de cirurgias com finalidade estética, sem previsão de cobertura contratual. Discorre sobre a abusividade de sua conduta. Pugna, assim, a condenação da ré a prestar integral cobertura aos procedimentos, nos termos da indicação médica.

O Juízo (fls. 303/306) entendeu que, sendo a primeira cirurgia (bariátrica) objeto de cobertura pelo plano de saúde, abusiva se revela a negativa, manifestada pela operadora ré, de custear qualquer procedimento dela decorrente. Observou, de igual maneira, que a demandante trouxe aos autos prescrição médica expressa indicando sua realização e consignando claramente a sua natureza reparadora. Com tal conclusão, reputou ilícita a recusa de cobertura manifestada e julgou procedente a demanda.

Inconformada, a requerida apela (fls. 309/324). Preliminarmente, argui a nulidade da r. sentença por cerceamento de defesa, asseverando que a realização de prova pericial era imprescindível ao desate da controvérsia. No mérito, sustenta a inversão do julgado. Diz que o plano de saúde da autora não mais subsiste, uma vez que a contratação era de natureza coletiva empresarial e, em abril de 2024, sobreveio seu desligamento da empresa para a qual laborava, estipulante da apólice. Aduz, ainda, que o contrato, de toda sorte, não previa a cobertura a tais procedimentos – seja por força de sua natureza estética, seja por força da ausência de sua previsão no rol da ANS. Conclui pela reforma.

Processado o recurso, sobreveio a contraminuta (fls. 327/337).

É o relatório.

2. Cuida-se de ação de obrigação de fazer ajuizada em

virtude da recusa da operadora do plano de saúde em autorizar e custear a realização de procedimentos cirúrgicos, de natureza plástica, reclamados pela autora como tratamento complementar de cirurgia bariátrica anteriormente realizada.

Julgada procedente a demanda, sobreveio o presente recurso de apelação da requerida.

Com prejuízo, todavia, ao exame do reclamo interposto, o processo deve ser extinto, de ofício, por superveniente carência da ação. Explica-se.

Como venho salientando em hipóteses análogas ao caso, a matéria relativa às discussões acerca dos limites e responsabilidades dos planos de assistência médica, especialmente em relação aos contratos firmados anteriormente à Lei 9.656/98, tem sofrido, ao longo de sua interpretação, alguma divergência doutrinária, e significativa jurisprudencial.

De toda sorte, e como sempre tenho me posicionado sobre o tema, é preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato, pena de, com base no Código de Defesa do Consumidor, criar-se um verdadeiro direito não escrito e não pactuado, ao sabor das interpretações subjetivas das partes e do próprio Poder Judiciário.

O que não se pode deixar de reconhecer é que os planos de saúde, sejam os de prestação de serviço, sejam os de seguro médico, são atividades econômicas exercidas por empresas, e que, portanto, buscam, como resultado dessa atividade, um lucro.

Posta assim a questão, e certo que o contrato é tipicamente de seguro, não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas de responsabilidade. Até porque o prêmio pago guarda nítido cálculo atuarial em relação ao risco assumido.

O que não se deve permitir, *o que é bem diferente*, com base no Código do Consumidor, é apenas a presença de cláusulas dúbias, omissas ou abusivas.

Limitar a responsabilidade em função do prêmio é o procedimento normal em qualquer contrato de seguro. Não impressionam, com

todo o respeito que merecem, os argumentos de que se justapõem direitos diversos (patrimônio e vida) e, portanto, toda solução deve ser dirigida à parte, ao menos em princípio, hipossuficiente no contrato.

Planos de saúde existem vários e com as mais diversas coberturas. E, obviamente, cada qual tem seu preço.

Na medida em que, sob o apanágio do Código do Consumidor, se igualam, por força de decisões, os riscos assumidos, duas situações surgem, necessariamente. A primeira, direcionada à seguradora, a inviabilizar a atividade econômica. A segunda, direcionada a todos os consumidores, agravados no prêmio, pela verdadeira “socialização” dos eventuais prejuízos. Permite-se antever, sem dificuldade, que será mais cômodo optar pelos planos de menor prêmio e depois buscar o afastamento de todas as limitações.

Ainda que moral ou eticamente sejam defensáveis alguns posicionamentos, com eles o direito, no mais das vezes, não se compadece. Na medida em que se despreza a autonomia da manifestação de vontade, cria-se a insegurança jurídica, desrespeita-se o ato jurídico perfeito e acabado (C.R., artigo 5º, inciso XXXVI). E nada, no estado de direito, é mais grave.

O Poder Judiciário não pode criar obrigações contratuais inexistentes. Pode – e deve – coibir o abuso do direito. Não o uso regular, dentro dos princípios constitucionais. Isso só se defere à própria lei.

Nunca é demais ressaltar que a prestação ilimitada de *assistência à saúde* é dever do Estado, por expressa disposição constitucional (artigo 196 desse mesmo diploma), e não dos particulares, no exercício da livre atividade econômica.

Portanto, e se o Estado não cumpre – como deve e deveria – esse dever, certamente não é transferindo aos particulares esse ônus que as dificuldades serão superadas.

No caso concreto, conquanto o contrato dispusesse, entre as hipóteses de exclusão de cobertura, os procedimentos cirúrgicos para fins estéticos, é certo – a despeito do entendimento até então adotado por este relator (de que disposição contratual restritiva seria lícita e, como já previamente

conhecida, não teria ferido o princípio da boa-fé contratual) – que a jurisprudência vem se orientando no sentido de considerar abusiva a cláusula que prevê a exclusão de cobertura em qualquer hipótese análoga a dos autos (cf. AgRg no AResp n. 259570-MG, Rel. Min. Sidnei Beneti, j. 11.12.12, AgRg no AResp n. 143474-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 02.10.12, AgRg no Resp n. 1201998-RJ, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. 14.08.12, AgRg no Ag n. 1341183-PB, Rel. Min. Massami Uyeda, j. 10.04.12, dentre outros).

Não bastasse, o colendo Órgão Especial desta Corte aprovou recentemente súmulas que versam sobre questões relacionadas ao plano de saúde e firmou entendimento no sentido de que **“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) e que **“Não pode ser considerada simplesmente estética a cirurgia plástica complementar de tratamento de obesidade mórbida, havendo indicação médica”** (Súmula 97).

A superveniência de circunstância prejudicial, todavia, impede o acolhimento do pedido cominatório.

Isso porque, no caso concreto, restara inicialmente demonstrado que a autora era beneficiária de plano de saúde coletivo prestado pela requerida, do qual era estipulante a empresa Hospital São Francisco Sociedade Ltda. (fl. 38).

Demonstrou a requerida, porém, que o contrato de prestação de serviços médico-hospitalares restou rescindido, em relação à autora, por iniciativa de sua empregadora, a partir do dia 30 de abril de 2024, em virtude de seu desligamento de sua empregadora (fls. 163/164), de forma que não pode mais a requerente, sequer em tese, exigir que a requerida custeie os procedimentos cirúrgicos a ela prescritos, porquanto não mais vigente o contrato outrora firmado entre a operadora apelante e a empresa copatrocinadora, da qual a autora era beneficiária.

Note-se que a requerente sequer obteve – por força de eventual tutela provisória de urgência, por exemplo – o reconhecimento da exigibilidade do custeio dos procedimentos em face da ré durante o período em

que remanesceu vigente o contrato. E se a apólice coletiva não mais subsiste – porquanto, repita-se, extinta em relação à autora por iniciativa de sua empregadora, não lhe é mais dado isso pleitear, com base em contrato já desfeito.

Consoante a Seção XI da Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, explicitamente a tratar da “*Extinção do Direito Assegurado nos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998*”:

Art. 26. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

[...]

III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

[...]

§ 2º Na hipótese de cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados, descrita no inciso III, a Operadora que comercializa planos individuais deverá ofertá-los a esse universo de beneficiários, na forma da Resolução CONSU nº 19, de 25 de março de 1999.

Ademais, e como já anotei no julgamento da Apelação Cível nº. 0209098-36.2011.8.26.0100, a Resolução CONSU nº. 19, de 25 de março de 1999, estipula que as operadoras de planos de saúde empresarial para empresas que concedem esse benefício a seus empregados ou ex-empregados deverão “***ofertar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento***

desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência”.

Inexistente, todavia, pedido formulado em tal sentido, ressalva-se, por óbvio, à requerente, o direito de discutir sua realocação a contrato individual ou familiar – caso existente oferta de apólices dessa natureza – em ação própria. Para os fins, contudo, com que proposta a presente demanda, de rigor o reconhecimento da superveniente perda do objeto, a tornar sem qualquer utilidade a apreciação do pedido de condenação da ré apelante na obrigação de fazer.

Destarte, julga-se extinta a demanda, sem resolução do mérito, com fundamento no artigo 485, inciso VI, do Código de Processo Civil – prejudicado, conseqüentemente, o exame do recurso da requerida.

Com o resultado, arcará a autora com as custas e despesas processuais, bem assim com a verba honorária, arbitrada em 10% do valor atualizado da causa – observada, de todo modo, a gratuidade concedida (fl. 100).

3. Nestes termos, julga-se, de ofício, extinto o processo, sem resolução do mérito, por superveniente perda de objeto, prejudicado o exame do recurso.

Vito Guglielmi

Relator