



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000322074

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1077247-94.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, é apelado MARCO AURÉLIO RODRIGUES SIQUEIRA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª 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 ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Comarca: Foro Central - Capital

Apelação n. 1077247-94.2024.8.26.0100

Apelante: BRADESCO SAÚDE S/A

Apelado: MARCO AURÉLIO RODRIGUES SIQUEIRA

Voto n. 12242

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame: Ação de obrigação de fazer, cumulada com pedido de tutela antecipada, em que a parte autora, beneficiária de plano de saúde, busca o custeio de tratamento médico, consistindo no uso de cateter uretral masculino pré-lubrificado, após negativa da operadora sob alegação de ausência de cobertura contratual. II. Questão em Discussão: 2. A questão em discussão consiste em definir se é abusiva a negativa de cobertura do tratamento e fornecimento do insumo médico prescrito ao beneficiário. III. Razões de Decidir: 3. O contrato de plano de saúde deve ser interpretado de maneira mais favorável ao consumidor, sendo abusiva a negativa de cobertura de procedimentos ou insumos essenciais ao tratamento de doença coberta pelo plano, conforme o Código de Defesa do Consumidor. IV. Dispositivo e Tese: 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde não pode negar a cobertura de tratamento essencial à enfermidade coberta pelo contrato, sob pena de afronta ao Código de Defesa do Consumidor. Legislação Citada: CF/1988, art. 5º, XXXII; CDC, arts. 47 e 51, IV; Lei 9.656/98, art. 12, II, "e"; Resolução 465/2021 da ANS, art. 8º, III; CPC, art. 373, I e II. Jurisprudência Citada: STJ, AgInt no AREsp 1024092/MG, Rel. Min. Marco Buzzi, Quarta Turma, j. 08/02/2018, DJe 26/02/2018; STJ, AgInt no AREsp 1096312/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 28/11/2017; TJSP, Apelação Cível 1036197-30.2020.8.26.0100, Rel. Álvaro Passos, 2ª Câmara de Direito Privado, j. 08/07/2021; TJSP, Agravo Interno Cível 1044395-17.2024.8.26.0100, Rel. J.L. Mônaco da Silva, 5ª Câmara de Direito Privado, j. 06/09/2024; TJSP, Apelação Cível 1003245-35.2024.8.26.0010, Rel. Hertha Helena de Oliveira, 2ª Câmara de Direito Privado, j. 13/02/2025.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto para impugnar a sentença de fls. 242/247, cujo relatório adoto, que julgou parcialmente procedente o pedido inicial para condenar a ré ao reembolso, em favor da parte autora, das despesas descritas na petição inicial, de forma simples, com atualização monetária conforme a Tabela Prática do TJSP a partir das datas dos desembolsos e incidência de juros de mora de 1% ao mês a contar da citação, bem como para condená-la na obrigação de fazer, consistente no

custeio do tratamento médico, nos termos descritos na exordial

Segundo a apelante-ré, a sentença merece ser reformada, em síntese, alegando que o material requerido pelo apelado é ministrado fora do regime hospitalar, tratando-se de insumo de uso domiciliar, o que afasta a obrigatoriedade de cobertura contratual. Sustenta que a exclusão de cobertura encontra respaldo nas cláusulas contratuais e nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em especial na Resolução Normativa nº 465, vigente desde 01.04.2021, que regula o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Afirma que a mera indicação médica não vincula a operadora ao custeio, especialmente em se tratando de tratamento ambulatorial não previsto no Rol da ANS ou que não atenda às respectivas Diretrizes de Utilização. Destaca, ainda, que a cobertura de medicamentos administrados em ambiente ambulatorial é limitada, sendo obrigatória apenas nas hipóteses expressamente previstas, como casos de urgência ou emergência, medicamentos antineoplásicos orais e correlatos utilizados no tratamento do câncer. Aduz que a exclusão da cobertura também é prevista no Manual de Tópicos da Saúde Suplementar, publicação oficial da ANS, e que o reembolso somente é devido quando observadas as condições contratuais e a apresentação de documentação adequada, o que não teria ocorrido no caso concreto.

Ressalta que o Superior Tribunal de Justiça já firmou entendimento no sentido de que o Rol da ANS possui natureza taxativa, não sendo obrigatória a cobertura de tratamentos dele não constantes.

Por fim, insurge-se contra a fixação da verba sucumbencial, pleiteando sua readequação com base no artigo 85, § 8º, do Código de Processo Civil, tendo em vista a iliquidez da sentença, de modo que os honorários advocatícios devem incidir sobre o valor da causa (fls. 250/277).

Recurso tempestivo, preparado e com apresentação de contrarrazões pelo apelado (fls. 283/289).

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso não merece ser provido.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer, cumulada com pedido de tutela antecipada. A parte autora alega, em síntese, que é beneficiária de plano de saúde administrado pela ré e que, em razão de diagnóstico de paraplegia e disfunção neuromuscular da bexiga, classificados sob os CIDs G82 e N31, necessitou de tratamento específico prescrito por seu médico assistente, consistente no uso de cateter uretral masculino pré-lubrificado (nº 14), na quantidade de 240 unidades mensais.

Ressalta que, desde o ano de 2022, a ré vinha realizando regularmente o reembolso integral dos referidos materiais. Contudo,

ao formular novo pedido em fevereiro de 2024, a operadora recusou o reembolso, sob o argumento de que não haveria previsão contratual para a cobertura do insumo em questão. Sustenta que a negativa é indevida, tendo em vista que o fornecimento do cateter possui correlação com o código TUSS e está expressamente previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, sendo, portanto, de cobertura obrigatória pelas operadoras de saúde.

Ante o exposto, requer a concessão de tutela antecipada, a fim de compelir a ré a autorizar e custear o material prescrito, inclusive mediante reembolso das quantias eventualmente já despendidas. Ao final, requer a confirmação da medida liminar e a condenação da ré na obrigação de fazer, consistente no fornecimento contínuo e integral dos materiais necessários ao tratamento indicado.

Apresentada defesa e após o deslinde processual, sobreveio sentença de parcial procedência, razão pela qual a parte ré interpôs o presente recurso.

Pois bem.

Convém ter em mente qual a natureza dos serviços prestados pelos convênios médicos.

O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e garante a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Pelo texto constitucional, todos deveriam ter acesso a um serviço de saúde digno e eficiente prestado pelo Estado. É fato notório que o texto não espelha a realidade e as pessoas acabaram se socorrendo nos últimos anos de empresas que prestam esse serviço, autorizadas pelo artigo 199 também da Carta Magna. Assim, não deve escapar a nossa reflexão que a assistência médica é direito constitucional do cidadão e não pode ser equiparada a uma prestação de serviço qualquer, embora prestada por empresas privadas que substituem a ação estatal.

Relembra-se que a presente demanda configura uma relação de consumo, uma vez que a parte autora se enquadra na definição de consumidora prevista no artigo 2º do Código de Defesa do Consumidor, enquanto a ré se qualifica como fornecedora de serviços, nos termos do artigo 3º do mesmo diploma legal. Assim, a relação jurídica estabelecida entre as partes está sujeita ao regime protetivo do referido estatuto.

Nessa esteira, cumpre ressaltar o entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça por meio da Súmula 608, segundo a qual *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”*

No mesmo sentido, a Súmula 100 desta Corte estabelece que *“O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98, ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais.”*

O autor é diagnosticado com paraplegia e disfunção

neuromuscular da bexiga, classificados sob os CIDs G82 e N31 e necessitou de tratamento específico prescrito por seu médico assistente, consistente no uso de cateter uretral masculino pré-lubrificado (nº 14), na quantidade de 240 unidades mensais, conforme depreende-se de fl. 23.

Em contrapartida, a ré sustenta que o material solicitado pelo autor trata-se de insumo de uso domiciliar, não hospitalar, razão pela qual sua cobertura contratual seria inexigível. Argumenta que a exclusão tem respaldo nas cláusulas contratuais e nas normas da ANS, especialmente na Resolução Normativa nº 465/2021, afirmando que a indicação médica, por si só, não impõe obrigação de custeio, sobretudo quando o procedimento não estiver previsto no Rol da ANS ou não preencher os critérios das Diretrizes de Utilização. Alega, ainda, que o reembolso está condicionado à previsão contratual e à apresentação de documentação adequada, o que não teria sido atendido, e destaca que o STJ já reconheceu o caráter, em regra, taxativo do Rol da ANS.

Ora, se a apólice contratada prevê expressamente a cobertura para determinada enfermidade —como no caso, a paraplegia associada à disfunção neuromuscular da bexiga (CID G82 e N31)—, não é admissível que a operadora de saúde restrinja o tratamento necessário ao seu controle e à sua eficácia, sob o argumento de que o insumo prescrito possui natureza ambulatorial ou não se encontra previsto, de forma expressa, no rol da ANS. Pois, tal conduta frustra a própria finalidade do contrato de plano de saúde, que é assegurar ao beneficiário o acesso efetivo à terapêutica adequada à preservação de sua saúde e qualidade de vida.

Com efeito, a definição do tratamento mais adequado, bem como dos materiais indispensáveis à sua efetivação, compete ao médico assistente, profissional que acompanha o quadro clínico do paciente. Inclusive, ao plano de saúde não cabe substituir-se ao profissional da medicina, tampouco restringir, de forma arbitrária, o acesso aos insumos prescritos sob critérios administrativos ou econômicos.

Logo, a recusa em custear o material indicado afronta diretamente o equilíbrio contratual e ignora que a prescrição foi fundamentada na necessidade terapêutica específica do caso, e não por escolha aleatória ou conveniência.

Deveras, “O entendimento dominante nesta Corte é de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, procedimento ou material imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário, inclusive os experimentais, ou ainda não previstos em rol da ANS. 3. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma entendendo ser legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg. Terceira Turma, no julgamento do REsp nº 1.846.108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, julgado aos 2/2/2021, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos. Incidência, à hipótese, da Súmula nº 568 do STJ(...)” (AgInt no REsp 1929629/RS, Rel. Min. Moura Ribeiro, j. 25/05/2021).

A propósito, esta Corte editou a Súmula n. 102, que

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

A tentativa da operadora de limitar a cobertura com base na natureza “domiciliar” do uso do cateter não se justifica, mormente diante do histórico de reembolsos realizados desde 2022 —conduta reiterada que, agora, é contraditoriamente revertida, sem qualquer mudança nas condições clínicas do autor ou nas diretrizes técnicas da ANS.

Invoca-se, portanto, o princípio do *venire contra factum proprium*, que impede comportamentos contraditórios, capazes de surpreender e prejudicar o consumidor que agiu com base na legítima expectativa de continuidade da conduta anteriormente adotada pela ré.

Nesse cenário, a operadora, ao custear por longo período os materiais prescritos, criou no beneficiário uma confiança legítima na manutenção dessa cobertura, confiança esta que não pode ser frustrada de forma unilateral e repentina.

ANDERSON SCHREIBER leciona que o *factum proprium*: *“passa a ser vinculante apenas se e na medida em que gera uma confiança legítima na sua conservação. Não pode, por esta razão, ser definido, a priori, como “conduta vinculante”, já que vinculante somente será se presentes os demais pressupostos de incidência da proibição do comportamento contraditório”* (SCHREIBER, Anderson. A proibição de comportamento contraditório: tutela da confiança e venire contra factum proprium. 3. ed. rev e atual., Rio de Janeiro: Renovar, 2005, p. 129).

Ademais, cabe registrar que o contrato firmado entre as partes não trouxe de forma clara e destacada a exclusão de cobertura em relação ao insumo indicado, tampouco orientou o consumidor quanto aos procedimentos específicos para reembolso, conforme depreende-se de fls. 90/160.

Logo, a ausência de informação adequada, exigida pelos ditames do Código de Defesa do Consumidor, reforça a abusividade da negativa de cobertura, haja vista que o plano de saúde não pode se valer de cláusulas genéricas para negar tratamento indispensável à saúde do beneficiário, sobretudo quando este confiou, com respaldo em condutas anteriores da própria operadora, na efetiva cobertura do material prescrito.

Destarte, reconheço que a negativa de cobertura revela-se abusiva, contrariando a legislação consumerista, os princípios da boa-fé objetiva e da confiança legítima, devendo ser mantida a condenação da ré na obrigação de fazer, consistente no custeio integral do tratamento descrito na inicial.

Nesse sentido:

“DIREITO DO CONSUMIDOR E CIVIL. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. FORNECIMENTO DE INSUMO MÉDICO ESSENCIAL PARA TRATAMENTO PRESCRITO. NEGATIVA DE COBERTURA.

ABUSIVIDADE. ROL DA ANS DE CARÁTER EXEMPLIFICATIVO. REEMBOLSO CONDICIONADO À COMPROVAÇÃO DO DESEMBOLSO. RECURSO DESPROVIDO. I. CASO EM EXAME Recurso de apelação interposto por BRADESCO SAÚDE S/A contra sentença que, em ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos morais, julgou parcialmente procedente o pedido para condenar a operadora de plano de saúde a custear tratamento médico prescrito ao autor, incluindo o fornecimento de cateter uretral, bem como reembolsar os valores gastos pelo beneficiário com a aquisição do insumo. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO Há duas questões em discussão: (i) definir se é abusiva a negativa de cobertura do tratamento e fornecimento do insumo médico prescrito ao beneficiário; e (ii) estabelecer se a condenação ao reembolso dos valores gastos exige a comprovação prévia do desembolso. III. RAZÕES DE DECIDIR O contrato de plano de saúde deve ser interpretado de maneira mais favorável ao consumidor, sendo abusiva a negativa de cobertura de procedimentos ou insumos essenciais ao tratamento de doença coberta pelo plano, conforme o Código de Defesa do Consumidor (arts. 47 e 51, IV). O rol de procedimentos da ANS não tem caráter taxativo, servindo apenas como um rol mínimo de cobertura obrigatória, não podendo ser utilizada para negar tratamentos indicados pelo médico assistente. O plano de saúde não pode interferir na escolha do tratamento prescrito pelo médico responsável pelo paciente, pois compete ao profissional de saúde determinar a melhor abordagem terapêutica. A recusa indevida da operadora em custear o tratamento necessário compromete a finalidade do contrato e afronta o dever de boa-fé e equidade, nos termos do CDC e da legislação aplicável. A condenação ao reembolso dos valores gastos com a aquisição do insumo está condicionada à comprovação do desembolso pelo beneficiário, sendo insuficiente a apresentação de documento auxiliar de nota fiscal sem prova do pagamento efetivo. IV. DISPOSITIVO E TESE Recurso desprovido. Tese de julgamento: A operadora de plano de saúde não pode negar a cobertura de tratamento essencial à enfermidade coberta pelo contrato, sob pena de afronta ao Código de Defesa do Consumidor. O rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é meramente exemplificativa e não pode ser utilizada para restringir o direito do beneficiário ao tratamento prescrito por seu médico assistente. O reembolso de despesas médicas exige a comprovação do efetivo desembolso pelo beneficiário, sendo insuficiente a mera apresentação de documento auxiliar de nota fiscal. Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 5º, XXXII; CDC, arts. 47 e 51, IV; Lei 9.656/98, art. 12, II, "e"; Resolução 465/2021 da ANS, art. 8º, III; CPC, art. 373, I e II. Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no AREsp 1024092/MG, Rel. Min. Marco Buzzi, Quarta Turma, j. 08/02/2018, DJe 26/02/2018; STJ, AgInt no AREsp 1096312/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 28/11/2017; TJSP, Apelação Cível 1036197-30.2020.8.26.0100, Rel. Álvaro Passos, 2ª Câmara de Direito Privado, j. 08/07/2021; TJSP, Agravo Interno Cível 1044395-17.2024.8.26.0100, Rel. J.L. Mônaco da Silva, 5ª Câmara de Direito Privado, j. 06/09/2024." (TJSP; Apelação Cível 1003245-35.2024.8.26.0010; Relator (a): Hertha Helena de Oliveira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional X - Ipiranga - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/02/2025; Data de Registro: 13/02/2025 - grifei).

No que tange à verba sucumbencial, a apelante sustenta que, por não se tratar de sentença líquida, a base de cálculo dos honorários advocatícios deveria corresponder ao valor da causa, nos termos do artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil.

Contudo, tal alegação não merece acolhimento.

É certo que o § 2º do artigo 85 do CPC estabelece critérios objetivos para a fixação dos honorários, priorizando, sucessivamente, o valor da condenação, o proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, o valor atualizado da causa.

No caso concreto, todavia, não se está diante de proveito econômico inestimável, uma vez que obrigação de fazer imposta à ré - consistente no custeio de tratamento médico e no reembolso das despesas comprovadamente suportadas pelo autor - é economicamente aferível, podendo ser tomada como referência o valor dos insumos negados.

Nessa linha, é aplicável o entendimento já pacificado pelo Egrégio Superior Tribunal de Justiça, segundo o qual a *“obrigação de fazer que determina o custeio de tratamento médico por parte das operadoras de planos de saúde pode ser economicamente aferida, utilizando-se como parâmetro o valor da cobertura indevidamente negada.* (EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 198.124 - RS (2012/0136891-6) Rel. Min. RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA. J. 27/04/2022).

Dessa forma, a obrigação de fazer imposta à operadora de plano de saúde, consistente no custeio de tratamento médico, possui valor econômico mensurável, podendo-se utilizar, como critério de aferição, o montante correspondente à cobertura indevidamente negada, o que deve ser considerado para fins de fixação da verba honorária sucumbencial, conforme corretamente estabelecido pelo magistrado de origem.

Ante o exposto, nada a modificar na r. sentença.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, imponho honorários sucumbenciais e recursais no importe de 15% sobre o valor da condenação, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, além da responsabilidade pelas custas e despesas processuais. Anoto que os presentes honorários substituem aqueles que foram fixados em primeiro grau de jurisdição.

Posto isso, **nego provimento** ao recurso.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora