



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000322730

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1015649-11.2023.8.26.0348, da Comarca de Mauá, em que é apelante UNIMED DE PARANAGUÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, é apelada AYLA CANDIDO DE OLIVEIRA.

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), CLAUDIO GODOY E ALEXANDRE MARCONDES.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

ALBERTO GOSSON
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

Comarca: **Foro de Mauá/4ª Vara Cível**
Processo nº: **1015649-11.2023.8.26.0348**
Apelante (s): **UNIMED DE PARANAGUÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**
Apelado (s): **Ayla Candido de Oliveira**
Juiz Prolator: José Wellington Bezerra da Costa Neto

VOTO N.º 33.445

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Recurso de apelação interposto contra sentença que julgou parcialmente procedente ação de obrigação de fazer cumulada com compensação de danos morais. A sentença condenou a ré a fornecer cobertura integral ao procedimento cirúrgico de redesignação sexual e reconstrução de mama com prótese, abrangendo todas as despesas hospitalares, desde que realizado em sua rede credenciada, tendo sido afastada a condenação em danos morais. Insurgência da operadora de saúde que sustenta a negativa na ausência de previsão dos procedimentos cirúrgicos no rol da ANS, no fato do médico que assiste a requerida não ser credenciado pelo plano de saúde e em razão de doença preexistente. A alegação de doença preexistente não prospera, pois a operadora não exigiu exame prévio à contratação, conforme Súmula nº 105 do TJSP. A negativa de cobertura com base na ausência no rol da ANS é abusiva, conforme Súmula nº 102 do TJSP, havendo expressa indicação médica. A sentença consignou que os procedimentos devem ser realizados na rede própria, salvo na hipótese de comprovada ausência de profissional habilitado ou de estabelecimento que possa realizar os procedimentos necessários. Recurso provido. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor; Lei nº 9.656/98, art. 10, §13º; Código de Processo Civil, art. 85, §11. Jurisprudência Citada: STJ, Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP e nº 1.889.704/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 8/6/22; TJSP, Apelação Cível 1139406-78.2021.8.26.0100, Rel. Alexandre Marcondes, j. 31/05/2023; TJSP, Apelação Cível 1012820-48.2021.8.26.0309, Rel. Marcus Vinicius Rios Gonçalves, j. 13/04/2023; TJSP, Apelação Cível 1006824-17.2021.8.26.0100, Rel. Silvério da Silva, j. 21/10/2024.

Trata-se de recurso de apelação (fls. 277/297) interposto por **UNIMED DE PARANAGUÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** em face da sentença de fls. 256/264, que julgou parcialmente procedente ação de obrigação de fazer cumulada com compensação de danos morais, ajuizada por **AYLA CANDIDO DE OLIVEIRA**, para condenar a parte ré a *“fornecer cobertura integral ao procedimento cirúrgico prescrito às fls. 23/24, abrangendo todas as despesas hospitalares, internação, materiais cirúrgicos, próteses, medicamentos, equipamentos, insumos, exames e demais recursos necessários à realização dos procedimentos, desde que realizado em sua rede credenciada, salvo comprovada ausência de profissional habilitado na rede credenciada, ou acaso não haja na rede, hospital ou clínica aptos para realização dos procedimentos prescritos, hipóteses em que o custeio será integral”*. (fl. 263). Diante da sucumbência recíproca, as custas processuais foram distribuídas igualmente entre as partes e os honorários sucumbenciais foram imputados a cada parte e arbitrados em 10% sobre o valor atualizado da causa.

Sustenta a apelante/ré, em síntese, que (i) os procedimentos cirúrgicos solicitados não possuem cobertura contratual, visto que não previstos no rol taxativo de procedimento da ANS; (ii) se trata de doença preexistente não informada; e (iii) o médico que assiste a requerida não é credenciado pelo plano de saúde e está fora da abrangência territorial contratada.

Ao final, pugna pela reforma da r. sentença para que sejam julgados improcedentes, em sua integralidade, os pedidos formulados pela apelada.

Recurso tempestivo, preparado (fls. 302/304 e 319) e contrarrazoado (fls. 323/324).

Não há oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso não comporta provimento.

Trata-se de ação de obrigação com compensação por danos morais, na qual a autora busca a realização de procedimento cirúrgico de redesignação sexual e reconstrução da mama com prótese, negado pela operadora do plano de saúde.

Cuida-se de relação de consumo, aplicando-se ao caso o Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula nº 608 do STJ.

A autora, beneficiária do plano de saúde disponibilizado pela ré (fl. 19), comprovou diagnóstico de incongruência de gênero (CID10: HA60), tendo iniciado o processo de transição do sexo masculino para o feminino há seis anos por meio de terapia hormonal.

O médico assistente, lastreado no quadro clínico da autora, a encaminhou para realização de tratamento cirúrgico de redesignação sexual e reconstrução de mama com prótese (fls. 14/16 e

36), com indicação de cirurgião plástico específico, Dr. Matheus Z. Manica, que estimou os custos dos procedimentos em R\$ 89.900,00 (fls. 31/38).

Em relatório médico psiquiátrico (fl. 34/35), consta que a autora sofre com ansiedade e depressão causados pela disforia de gênero e está apta a realizar do procedimento cirúrgico, necessário à estabilização de seu quadro mental.

Ao que consta, ao ser notificada extrajudicialmente em maio de 2023, a operadora de saúde indicou a impossibilidade de livre escolha dos prestadores e a falta de comunicação de doença preexistente, negando-lhe a cobertura ao procedimento cirúrgico pleiteado, sob a alegação de que ela estaria em regime de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para doenças preexistentes, motivos reiterados nas razões recursais.

De início, não prospera a alegação de doença preexistente, porquanto a operadora não comprovou que tenha exigido exame prévio à contratação da beneficiária, nos termos do que estabelece a Súmula nº 105 deste E. Tribunal de Justiça “Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional.”

Em relação à alegação do apelante de que o médico assistente não é credenciado pelo plano de saúde e que o procedimento está fora da abrangência territorial contratada, cumpre observar que a sentença já consignou, de forma clara, que a cobertura do procedimento

cirúrgico será garantida na rede credenciada, salvo na hipótese de comprovada ausência de profissional habilitado ou de estabelecimento que possa realizar os procedimentos necessários dentro da rede credenciada.

De outro modo, irrelevante que os procedimentos não estejam incluídos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar, isto porque, aplica-se à espécie o entendimento sumulado por este E. TJSP “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 nº 102 deste E. TJSP).

Além disso, embora o rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar elaborado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) seja, em regra, *taxativo*, são admitidas flexibilizações, conforme entendimento sedimentado pela Segunda Seção do Colendo STJ nos Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP e nº 1.889.704/SP, sob a relatoria do eminente Ministro Luis Felipe Salomão, j. 8/6/22, DJe 3/8/22, que adotou os seguintes parâmetros:

[...] 11. Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol: 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 à lista; 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.

Este posicionamento foi reiterado na alteração legislativa promovida pela Lei nº 14.454/2022, que alterou o art. 10, §13º, da Lei nº 9.656/98, e passou a admitir a cobertura de tratamentos e procedimentos com comprovação científica de eficácia não inseridos no rol.

Nesse sentido, deve prevalecer o tratamento que foi prescrito pelo médico que acompanha a autora, pelo método indicado.

Com efeito, o procedimento prescrito à autora não tem caráter eminentemente estético, pois compreende seu estado psíquico, de modo que a autorização de apenas parte dos procedimentos, configuraria abusividade da ré.

Referido posicionamento se coaduna com a orientação sufragada pelo E. Superior Tribunal de Justiça:

“RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL.

AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. MULHER TRANSEXUAL. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR. RECONHECIMENTO PELO CFM E INCORPORAÇÃO AO SUS. ALEGAÇÃO DE CARÁTER EXPERIMENTAL E FINALIDADE ESTÉTICA AFASTADA. PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DA ANS SEM DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL CONFIGURADO. VALOR PROPORCIONAL. 1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 25/08/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 25/05/2023 e concluso ao gabinete em 26/09/2023. 2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigatoriedade de cobertura, pela operadora do plano de saúde, de cirurgias de transgenitalização e de plástica mamária com implantação de próteses, em mulher transexual; (iii) a ocorrência de dano moral; e (iv) a proporcionalidade do valor arbitrado a título de compensação por dano moral. 3. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte. 4. **Os procedimentos de afirmação de gênero do masculino para o feminino são reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e foram também incorporados ao SUS, com indicação para o processo transexualizador, constando, inclusive, na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, vinculados ao CID 10 F640 transexualismo (atual CID 11 HA60 incongruência de gênero), não se tratando, pois, de procedimentos experimentais.** 5. No processo transexualizador, a cirurgia plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone é procedimento que, muito antes de melhorar a aparência, visa à afirmação do próprio gênero, incluída no conceito de saúde integral do ser humano, enquanto medida de prevenção ao adoecimento decorrente do sofrimento causado pela incongruência de gênero, pelo preconceito e pelo estigma social vivido por quem experiencia a inadequação de um corpo masculino à sua identidade feminina. 6. Tratando-se de procedimentos cirúrgicos prescritos pelo médico assistente, que não se enquadram nas exceções do art. 10 da Lei 9.656/1998, que são reconhecidos pelo CFM e foram incorporados ao SUS para a mesma indicação clínica (CID 10 F640

transexualismo, atual CID 11 HA60 incongruência de gênero), e que estão listados no rol da ANS sem diretrizes de utilização, encontram-se satisfeitos os pressupostos que impõem à operadora do plano de saúde a obrigação de sua cobertura, conforme preconizado no projeto terapêutico singular norteado por protocolos e diretrizes vigentes para o processo transexualizador. 7. A jurisprudência do STJ firmou-se no sentido de que o descumprimento contratual por parte da operadora de saúde, que culmina em negativa de cobertura para procedimento médico-hospitalar, enseja compensação por dano moral quando houver agravamento da condição de dor, abalo psicológico ou prejuízos à saúde já debilitada da paciente, como afirmado pelo Tribunal de origem, na hipótese. 8. Sobre a análise do montante fixado pelas instâncias ordinárias a título de compensação do dano moral, esta Corte somente afasta a incidência da súmula 7/STJ quando se mostrar irrisório ou abusivo, o que não se configura no particular. 9. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários.” (Resp 2.097.812-MG, Terceira Turma, Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 21.11.23)

No mesmo sentido é a jurisprudência deste E.

Tribunal de Justiça:

Plano de saúde. Ação cominatória. Cirurgia para redesignação de sexo e feminização facial. Paciente transgênero. Ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais. Ação julgada parcialmente procedente, afastada a reparação por danos morais. Irresignação apenas da operadora. Preliminar. Recurso tempestivo, que deve ser conhecido. Mérito. Autora diagnosticada com incongruência de gênero. Indicação médica de tratamento cirúrgico de redesignação sexual e feminilização facial. Caráter emergencial evidenciado pela documentação médica apresentada. Ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS. Irrelevância. Inteligência da Súmula 102 do TJSP. Lei nº 14.454/2022, que alterou o art. 10, § 13º, da Lei nº 9.656/98, para admitir a cobertura de tratamentos e procedimentos com comprovação científica de eficácia não inseridos no rol da ANS. Nat-jus que confirmou a adequação do tratamento proposto, que tem base científica. Existência de parecer técnico da ANS que determina a cobertura pelos planos de saúde de tratamento cirúrgico adequado (mastectomia; histerectomia; ooforectomia ou oforoplastia; tiroplastia) aos pacientes transgêneros. Precedentes desta Corte. Sentença confirmada. Recurso desprovido. **(TJSP; Apelação Cível 1139406-78.2021.8.26.0100; Relator**

(a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 29ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/05/2023; Data de Registro: 31/05/2023)

PLANO DE SAÚDE – Beneficiário homem transgênero – Indicação médica para mastectomia, para fins de redesignação sexual - Sentença de procedência, que condenou a ré ao custeio do procedimento e ao pagamento de indenização por dano moral - Insurgência da ré - Parcial acolhimento - Recusa fundada na ausência de cobertura contratual e de previsão no rol da ANS – Abusividade - Recusa indevida – Incidência da Súmula 102 deste E. Tribunal de Justiça - Procedimentos que constam expressamente do Anexo I do rol de procedimentos e eventos em saúde, previstos na resolução nº 465/2021 da ANS - Parecer da própria ANS que determina a cobertura de procedimentos relacionados à transgenitalização - Precedentes desta E. Câmara - Dano moral não configurado – Mero inadimplemento contratual - Recurso parcialmente provido.

(TJSP; Apelação Cível 1012820-48.2021.8.26.0309; Relator (a): Marcus Vinicius Rios Gonçalves; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Jundiaí - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/04/2023; Data de Registro: 13/04/2023)

Apelação cível. Negativa de cobertura para cirurgias de redesignação sexual ou reafirmação de gênero (transgenitalização). Sentença de parcial procedência, acolhido o pedido de obrigação de fazer, improcedente o pedido de danos morais. Inconformismo da ré. Cerceamento de defesa alegado, sob a alegação de necessidade de prova pericial. Preliminar que se confunde com o mérito. Recusa que contraria a finalidade do contrato e representa afronta ao CDC e à Lei 9.656/98. Prescrição médica adequada e necessária ao tratamento da saúde da autora. Cirurgias de reafirmação de gênero têm supedâneo no conceito de saúde integral do ser humano, enquanto medida de prevenção ao adoecimento decorrente do sofrimento causado pela incongruência de gênero, pelo preconceito e pelo estigma social. Por esse motivo, é abusiva a conclusão da junta médica de inexistência de patologia orgânica nos órgãos que a apelada pretendia amputação. Desnecessária, por esse motivo, a perícia médica nos autos, a fim de se aferir se os procedimentos eram necessários à saúde da parte autora. Precedente da Corte Superior, a respeito da abusividade de recusa pelo plano. Reconhecimento da prática pelo CFM e incorporação ao SUS. Procedimentos listados no rol da ANS sem diretrizes de utilização. Manutenção da sentença.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Majoração dos honorários de sucumbência. Recurso desprovido. (TJSP; **Apelação Cível 1006824-17.2021.8.26.0100**; Relator (a): **Silvério da Silva**; Órgão Julgador: **8ª Câmara de Direito Privado**; Foro Central Cível - 24ª Vara Cível; Data do Julgamento: **21/10/2024**; Data de Registro: **21/10/2024**)

De rigor, pois, a manutenção da sentença por seus próprios fundamentos.

Ante o exposto, **nega-se provimento** ao recurso e, consequentemente, majoram-se os honorários sucumbenciais a 15% sobre o valor da causa, nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil.

É como voto.

Alberto Gosson
Relator