



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000323808

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1021903-65.2023.8.26.0003, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada SANTINA APARECIDA PETENÁ CARINHATO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Voto nº 11.445

Apelação Cível: 1021903-65.2023.8.26.0003

Apelante : Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelada : Santana Aparecida Petená Carinhato

Origem: 5ª Vara Cível - Foro Regional de Jabaquara

Juíza sentenciante: Dra. Claudia Felix de Lima

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DA RÉ. I. Caso em Exame. 1. A Autora, diagnosticada com mieloma múltiplo, teve negado pela Ré o custeio dos medicamentos Daratumumabe e Lenalidomida, integrantes do tratamento pelo protocolo Dara-VDR. A ação foi julgada procedente para obrigar a Ré a arcar com os custos do tratamento, bem como para impor indenização por danos morais arbitrados em R\$ 10.000,00. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em verificar a obrigatoriedade da Ré em efetuar a cobertura dos medicamentos Lenalidomida e Daratumumabe para tratamento de câncer da Autora. III. Razões de Decidir 3. A relação entre as partes é de consumo e deve ser regida pelo Código de Defesa do Consumidor, sendo abusiva a negativa de cobertura de tratamento sob o argumento de sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol da ANS. 4. A jurisprudência do STJ e deste Tribunal é uníssona no sentido de que é abusiva a cláusula que exclui do plano de saúde terapia ou tratamento mais apropriado para a patologia coberta pelo contrato. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso a que se **NEGA PROVIMENTO**. Tese de julgamento: 1. 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. 2. A recusa injustificada de cobertura de plano de saúde configura dano moral indenizável. *Quantum* bem fixado. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor, art. 51, § 1º, II. Jurisprudência Citada: Súmula 100 TJSP. Súmula 608 STJ. Súmula 102 TJSP. STJ, AgRg no AREsp 488.347/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, j. 18/09/2014, DJe 26/09/2014. STJ, AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 24/06/2014, DJe 05/08/2014. STJ, REsp nº 668.216/SP, Terceira Turma, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, j. 15/03/2007. STJ, REsp 1.053.810/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi. TJSP, Agravo de Instrumento 2247577-19.2024.8.26.0000, Rel. Enio Zuliani, 4ª Câmara de Direito Privado, j. 25/09/2024.

TJSP, Agravo de Instrumento 2067118-22.2024.8.26.0000, Rel. Alcides Leopoldo, 4ª Câmara de Direito Privado, j. 27/03/2024. TJSP, Apelação Cível 1010329-83.2020.8.26.0477, Rel. Vitor Frederico Kämpel, 4ª Câmara de Direito Privado, j. 30/11/2022. TJSP, Apelação Cível 1001697-17.2020.8.26.0009, Rel. Fábio Quadros, 4ª Câmara de Direito Privado, j. 04/03/2022. STJ, AgInt no REsp n. 1.880.040/SP, Rel. Min. Raul Araújo, Quarta Turma, j. 25/09/2023, DJe 28/09/2023. STJ, AgRg no AREsp 830.456/DF, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, j. 07/04/2016, DJe 15/04/2016.

Vistos.

Trata-se de Apelação interposta por **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.** contra sentença que julgou procedente Ação Declaratória de Inexigibilidade de Débito c.c Obrigação de Fazer movida por **SANTINA APARECIDA PETENÁ CARINHATO**.

Adoto o relatório da sentença de fls. 365/372, que ora transcrevo:

“SANTINA APARECIDA PETENÁ CARINHATO, qualificada nos autos, ingressou com ação de declaração de inexigibilidade de débito c.c. obrigação de fazer em face de AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA e SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, alegando, em síntese, que a autora é beneficiária de plano de saúde administrado pela ré Amil e que possui diagnóstico de mieloma múltiplo, sendo certo que houve indicação médica para tratamento como com quatro drogas consistentes em um anticorpo monoclonal, um inibidor de proteassoma, um imunomodulador e corticóide, como forma de aumentar a chance de uma boa resposta ao tratamento. O tratamento fora imediatamente iniciado pelo Hospital, que solicitou à Amil a liberação do protocolo Dara-VRD, composto pelos seguintes medicamentos: a) Daratumumabe, b) Velcade, c) Lenalidomida e d) Dexametasona. Contudo, a ré Amil negou

parcialmente à Autora o pedido de validação prévia de procedimentos, excluindo da autorização dos medicamentos lenalidomida e daratumumabe. Postula a condenação da requerida Amil a custear os medicamentos indicados, e a condenação do Hospital a se abster de realizar qualquer cobrança em face da autora. Ainda, pede a condenação da Amil ao pagamento de indenização por danos morais.

Foi deferido o pedido de tutela, a fim de que a ré Amil realizasse o pagamento do tratamento prescrito à autora.

A empresa Amil foi citada e apresentou contestação. Preliminarmente, alega que autorizou a utilização dos medicamentos em cumprimento à tutela. No mérito, sustenta que o tratamento requerido não tem previsão em bula, não havendo prova da eficácia do medicamento para a patologia da autora, possuindo natureza experimental. Pela improcedência dos pedidos.

O hospital também apresentou contestação, sustentando a regularidade da cobrança, uma vez que o serviço foi prestado e há justificativa para a emissão das notas fiscais a ele pertinentes. Alega não ter acesso ao contrato firmado entre as partes, de modo que, ao receber do plano de saúde a informação de que houve negativa de cobertura de algum tratamento, realizou a cobrança da beneficiária do serviço prestado. Pela improcedência dos pedidos.

Houve réplica.

Instadas as partes para especificarem as provas, apenas a ré Amil postulou produção de provas, requerendo a expedição de ofício à ANVISA.

Foi determinada a expedição de ofício ao NATJUS.

Resposta ao ofício às páginas 336/338.

As partes tiveram ciência e posteriormente apresentaram alegações finais.”

Ao relatório supra, acrescento que o Juízo julgou procedente a Ação em relação a Ré Amil, para confirmar a liminar, e determinar o custeio dos medicamentos, bem como para condenar a Requerida ao pagamento de indenização por danos morais fixados em R\$ 10.000,00. Em relação ao Hospital, a Ação foi julgada improcedente.

Irresignada, a Corré Amil interpôs a mencionada Apelação (fls. 375/388). Afirma que os medicamentos lenalidomida e daratumumabe (DALINVI) não possuem em sua bula indicação para a patologia da Autora e que não há comprovação de eficácia da medicação. Sustenta que o medicamento não foi registrado na ANVISA para tratamento da patologia em referência, que é válida e legal a negativa de cobertura e que inexistem danos morais indenizáveis. Subsidiariamente, pleiteia a redução da verba indenizatória.

Contrarrazões da autora, ora Apelada, devidamente apresentadas (fls. 394/407).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

De antemão, observo que o presente recurso preenche os requisitos processuais correlatos, razão pela qual entendo ser caso de seu conhecimento.

O recurso não comporta provimento.

A controvérsia devolvida a este Tribunal cinge-se à verificação da obrigatoriedade ou não da Ré em efetuar a cobertura de medicamentos - lenalidomida e daratumumabe - para tratamento de mieloma múltiplo da parte autora.

Extraí-se dos autos que a Autora, ora Apelada, foi diagnosticada com mieloma múltiplo e obteve indicação médica de tratamento pelo protocolo Dara-VDR, com o uso dos medicamentos Daratumumabe, Lenalidomida, Velcade e Dexametasona, cuja cobertura daqueles dois primeiros fora negada pela Apelante.

Dispõem as Súmulas 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça e 608

do Colendo Superior Tribunal de Justiça:

Súmula 100: 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.

Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

Assim, é inequívoco que a relação entre as partes é de consumo e deve ser regida pelo Código de Defesa do Consumidor.

É certo que o direito à vida e à saúde são bem maiores a serem tutelados e possuem proteção constitucional. Ao firmar um contrato com a seguradora de saúde o objetivo principal é a proteção desses direitos de modo geral e não apenas em casos em que há necessidade de se socorrer dos serviços hospitalares ou ambulatoriais oferecidos pela empresa seguradora.

É atividade pertinente ao profissional médico, e não do plano de saúde, a avaliação e indicação dos melhores tratamentos aplicáveis a cada paciente.

Não se desconhece o atual posicionamento jurisprudencial do C. STJ quanto à taxatividade, em regra, do Rol da ANS (EREsps n. 1.889.704/SP e 1.886.929/SP).

Contudo, o Colendo Superior Tribunal de Justiça pacificou entendimento que (destaquei):

"a jurisprudência deste Tribunal Superior é uníssona no sentido de que é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde terapia ou tratamento mais apropriado para determinado tipo de patologia alcançada pelo contrato" (AgRg no AREsp 488.347/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/09/2014, DJe 26/09/2014);

"o contrato de plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas não lhe sendo permitido, ao contrário, delimitar

os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade constante da cobertura" (AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 24/06/2014, DJe 05/08/2014).

Veja-se, ainda, na lição do Eminentíssimo Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, por ocasião do julgamento do REsp nº 668.216 SP, a orientação no sentido de que:

“(...) não se pode negar o direito do contrato de estabelecer que tipo de doença está ao alcance do plano oferecido. Todavia, entendo que deve haver uma distinção entre a patologia alcançada e a terapia. Não me parece razoável que se exclua determinada opção terapêutica se a doença está agasalhada no contrato. Isso quer dizer que se o plano está destinado a cobrir despesas relativas ao tratamento, o que o contrato pode dispor é sobre as patologias cobertas, não sobre o tipo de tratamento para cada patologia alcançada pelo contrato. Na verdade, se não fosse assim, estar-se-ia autorizando que a empresa se substituísse aos médicos na escolha da terapia adequada de acordo com o plano de cobertura do paciente. E isso, pelo menos na minha avaliação, é incongruente com o sistema de assistência à saúde, porquanto quem é senhor do tratamento é o especialista, ou seja, o médico que não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém à cura do paciente. Além de representar severo risco para a vida do consumidor. Foi nessa linha que esta Terceira Turma caminhou quando existia limite de internação em unidade de terapia intensiva (REsp nº 158.728/RJ, da minha relatoria, DJ de 17/5/99), reiterado pela Segunda Seção (REsp nº 251.024/SP, Relator o Ministro Sálvio de Figueiredo

Teixeira, DJ de 4/2/02). Isso quer dizer que o plano de saúde pode estabelecer que doenças estão sendo cobertas, mas não que o tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Assim, por exemplo, se está coberta a cirurgia cardíaca, não é possível vedar a utilização de stent, ou, ainda, se está coberta a cirurgia de próstata, não é possível impedir a utilização de esfíncter artificial para controle da micção. **O mesmo se diga com relação ao câncer. Se a patologia está coberta, parece-me inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de que a quimioterapia é uma das alternativas possíveis para a cura da doença. Nesse sentido, parece-me que a abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, consumidor do plano de saúde, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno do momento em que instalada a doença coberta em razão de cláusula limitativa.** É preciso ficar bem claro que o médico, e não o plano de saúde é responsável pela orientação terapêutica. Entender de modo diverso põe em risco a vida do consumidor.” (REsp. nº 668.216/SP, Terceira Turma, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, julgado em 15.03.2007 - grifei).

Nesse sentido, a Súmula 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça de São Paulo:

“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”.

A propósito, a Eminente Ministra Nancy Andrighi, do C. STJ, em voto proferido pela julgamento do REsp 1.053.810/SP, fez a seguinte e importante observação, que ora se colaciona:

“O objetivo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto, desde que esteja prevista contratualmente a cobertura referente à determinada patologia; a seguradora se obriga a indenizar o segurado pelos custos com o tratamento adequado desde que sobrevenha a doença, sendo esta a finalidade fundamental do seguro-saúde.- Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor.”

No caso em tela, relatório médico recomenda expressamente o tratamento pelo protocolo Dara-VDR, com o uso dos medicamentos Daratumumabe, Lenalidomida, “como forma que aumentar a chance de uma boa resposta ao tratamento (remissão) e aumentar também a sobrevida livre de progressão da doença” (fls. 20).

Nota técnica nº 5500/2023 expedida pelo NAT-JUS/SP bem elucidou que (fls. 336/338):

“4.3. Registro na ANVISA: Sim [...]

É reservdo o uso off-label de daratumumabe, bortezomibe, lenalidomida e dexametasona (D-VRd) para o tratamento inicial de pacientes com MM de alto risco candidatos ao TCH e cujo MM demonstra del17p, ganho 1q, t(4 ;14), t(14;16) ou ≥ 2 anormalidades de alto risco. [...]

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de urgência e emergência do CFM? (X) SIM, com risco de lesão de órgão ou comprometimento de função”

No mais, os medicamentos prescritos à Autora, devidamente registrados perante a ANVISA, têm sido recomendados em circunstâncias análogas à dos autos, contando com o respaldo da jurisprudência, que se posiciona de maneira favorável à pretensão da Apelada e ao dever de fornecimento dos fármacos Daratumumabe e Lenalidomida em hipóteses similares. Nesse sentido, destaca-se o entendimento desta C. Câmara (os destaques não são dos originais):

“Agravado de instrumento - Plano de saúde – Antecipação da tutela para determinar o **fornecimento do medicamento REVLIMID (Lenalidomida) à segurada acometida por mieloma múltiplo (CID C90.0)**, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, limitada a R\$ 10.000,00, no prazo de 48 horas – Inconformismo do plano de saúde - Descabimento – **Relatório médico que confirma a necessidade do tratamento – Recusa que não se justifica sob o argumento de estrita observância do DUT da agência reguladora** – Julgamento do C. STJ nos EREsp n.ºs 1886929/SP e 1889704/SP, acerca de que o rol da ANS é, em regra, taxativo, que admite exceções – Presença dos requisitos do art. 300 do CPC – Prazo para cumprimento da liminar que não é exíguo – Óbices às necessárias providências para a realização do procedimento não apontados pela agravante – Correta fixação de astreintes – Decisão mantida – Recurso não provido.” (TJSP; Agravado de Instrumento 2247577-19.2024.8.26.0000; Relator (a): Enio Zuliani; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/09/2024; Data de Registro: 25/09/2024);

“AGRAVO DE INSTRUMENTO – Tutela Provisória de Urgência - Plano de Saúde – **Autor portador de Mieloma Múltiplo IGG KAPPA ISS1** - Tutela provisória de urgência deferida para tratamento com os fármacos Ixazomibe 4 mg

D1, 8, 15, Lenalidomida 25mg D1-21, e Dexametasona 40mg D1, 8, 15, 22 – Insurgência da ré com fundamento na ausência de previsão no Rol da ANS e uso off label do primeiro medicamento – Não acolhimento – **Medicamento registrado na Anvisa e tratamento indicado baseado em evidências** – **Obrigatoriedade de cobertura de medicamento vinculado a tratamento de câncer** – Precedentes do STJ - Fumus boni iuris e periculum in mora caracterizados – As astreintes devem ser em valor necessário a induzir seu destinatário ao cumprimento da obrigação de fazer ou não fazer – Adequação em razão da gravidade da patologia que aflige o autor - Recurso desprovido.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2067118-22.2024.8.26.0000; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/03/2024; Data de Registro: 27/03/2024);

“APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE - PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Sentença de parcial procedência para fornecimento do medicamento que o autor necessita. Irresignação da ré. **Autor portadora de Mieloma Múltiplo, com indicação para tratamento com medicamento REVLIMID (LENALIDOMIDA).** Negativa da ré, sob a alegação de exclusão contratual, por não constar no rol da ANS. **Recusa indevida. Abusividade.** Medicamento registrado na ANVISA. Precedentes desta C. Corte. Dano moral. Recurso do autor para majoração dos danos morais para R\$10.000,00. Mantido valor arbitrado pelo juízo "a quo" (R\$5.000.00), porquanto consentâneo com valores arbitrados por esta Câmara. Honorários advocatícios. Aplicação do art. 85, § 2º CPC. Sentença mantida. Recursos

Desprovidos.” (TJSP; Apelação Cível 1010329-83.2020.8.26.0477; Relator (a): Vitor Frederico Kämpel; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Praia Grande - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/11/2022; Data de Registro: 30/11/2022);

“AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA. Plano de saúde. **Autor que pleiteou tratamento câncer com uso dos medicamentos Daratumumabe. Lenalidomida (Revlimid) e Dexametasona, combinados com sessões de quimioterapia. Sentença de procedência. Recurso da ré alegando que o plano de saúde do autor é na modalidade pós pago, sendo custeado integralmente pela sua empregadora. Diz que os medicamentos pedidos não constam no rol da ANS. Argumentam com a não aplicação do Código De Defesa Do Consumidor no caso em comento. Inadmissibilidade. Contrato que prevê o tratamento de quimioterapia. Providência, ademais, que se mostrou necessária, diante da gravidade do quadro de saúde apresentado. Exclusão invocada pela operadora do plano de saúde que contraria a finalidade do contrato, retirando do paciente a possibilidade de sobrevida com dignidade. Critério que é exclusivamente médico. Cobertura devida. Incidência das Súmulas 95 e 102, desta Corte. Medicamentos de há muito liberados pela Anvisa. Rol da ANS taxativo. Sentença mantida. Majoração da verba honorária. Recurso não provido.” (TJSP; Apelação Cível 1001697-17.2020.8.26.0009; Relator (a): Fábio Quadros; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional IX - Vila Prudente - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/03/2022; Data de Registro: 04/03/2022).**

A exclusão de cobertura do tratamento, além de importar afronta ao princípio da boa-fé objetiva, representa clara afronta ao artigo 51, parágrafo 1º, inciso II do Código de Defesa do Consumidor, por colocar o consumidor em posição de desvantagem exagerada, restringindo direitos e obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou seu equilíbrio contratual.

A situação, assim, não pode ser caracterizada como mero inadimplemento contratual, insuficiente para gerar reparação. A negativa de cobertura, especialmente em situações de urgência e gravidade, extrapola o descumprimento ordinário de uma obrigação contratual. Gera sofrimento psíquico, angústia e aflição emocional no consumidor, atingindo sua dignidade e integridade física.

Dito isso, os critérios para aferir o dano moral envolvem a análise da gravidade do ato e sua repercussão, levando em conta os valores ético-jurídicos da sociedade, afastando-se de subjetivismos exacerbados. Sobre os danos morais, disserta Sérgio Cavalieri Filho:

“Por se tratar de algo imaterial ou ideal a prova do dano moral não pode ser feita através dos mesmos meios utilizados para a comprovação do dano material. Seria uma demasia, algo até impossível exigir que a vítima comprove a dor, a tristeza ou a humilhação através de depoimentos, documentos ou perícia; não teria ela como demonstrar o descrédito, o repúdio ou o desprestígio através dos meios probatórios tradicionais, o que acabaria por ensejar o retorno à fase da irreparabilidade do dano moral em razão de fatores instrumentais. (...) Em outras palavras, o dano moral existe *in re ipsa*; deriva inexoravelmente do próprio fato ofensivo, de tal modo que, provada a ofensa, ipso facto está demonstrado o dano moral à guisa de uma presunção natural, uma presunção *hominis* ou *facti* que decorre das regras de experiência comum” (Sérgio Cavalieri Filho, Programa de Responsabilidade Civil, 2ª ed, Atlas, São Paulo: 2000, pág.

79/80).

O entendimento jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça também consolida que a recusa injustificada de cobertura de plano de saúde configura dano moral presumido. Destaca-se (as ênfases não são dos originais):

“AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRANSPLANTE DE FÍGADO. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. DESCABIMENTO. DANOS MORAIS. RECUSA INJUSTIFICADA. SÚMULA 83/STJ. RECURSO NÃO PROVIDO. 1. Havendo cobertura para a doença, conseqüentemente deverá haver cobertura para procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano. Precedentes. 2. 'A jurisprudência do STJ firmou o entendimento no sentido de ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, porque 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.' (AgInt no AREsp 1573618/GO, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 22/06/2020, DJe 30/06/2020). 3. **"A recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Caracterização de dano moral in re ipsa. Precedentes"** (AgRg no AREsp n. 527.140/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 2/9/2014, DJe 16/9/2014). 4. Agravo interno não provido.” (AgInt no REsp n. 1.880.040/SP,

relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 25/9/2023, DJe de 28/9/2023);

“AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL PRESUMIDO. VALOR. RAZOABILIDADE. 1. A **recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada enseja reparação a título de dano moral por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário, estando caracterizado o dano in re ipsa.** 2. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante fixado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais apenas quando irrisório ou abusivo, circunstâncias inexistentes no presente caso. 3. Agravo regimental não provido.” (AgRg no AREsp 830.456/DF, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 7/4/2016, DJe 15/4/2016).

Dessa forma, considerando os aspectos que envolvem a experiência sofrida pela Autora, que em muito extrapolou o mero aborrecimento, vez que envolveu questão importante de saúde e risco à vida, correta a conclusão da sentença quanto à ocorrência do dano moral indenizável.

No caso em tela, a angústia gerada pela incerteza quanto ao acesso a tratamentos indispensáveis e o risco de prejuízos irreparáveis à saúde e à vida da Autora não podem ser desconsiderados, de modo que o valor fixado na sentença em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) se mostra adequado e proporcional, de modo a atender ao caráter pedagógico e compensatório da indenização, bem como considerando-se os precedentes desta Corte e a gravidade da conduta da Ré.

Logo, fica mantida a sentença pelos próprios e jurídicos fundamentos.

Por derradeiro, para fins do artigo 1.025 do Código de Processo Civil, considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de se evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dou por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso interposto.

Em razão do que restou decidido, nos termos do que dispõe o artigo 85, §11, do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios arbitrados a fls. 372 para 15% (quinze por cento) sobre o valor da causa.

É o voto.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora