



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000334244

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1057167-46.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL, são apelados SAMUEL LOIOLA CHEGURY (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)), VINICIUS BATISTA DE SOUZA CHEGURY (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e SAMANTHA LOIOLA DE ALMEIDA.

ACORDAM, em Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1) 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 Exmos. Desembargadores AFONSO BRÁZ (Presidente sem voto), LÉA DUARTE E DOMINGOS DE SIQUEIRA FRASCINO.

São Paulo, 3 de abril de 2025.

PAULO SERGIO MANGERONA

RELATOR

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Apelação Cível nº 1057167-46.2023.8.26.0100

Apelante: Central Nacional Unimed – Cooperativa Central

Apelados: Samuel Loiola Chegury, Vinicius Batista de Souza Chegury e Samantha Loiola de Almeida

Comarca: São Paulo

Voto nº 1057167-46 - F

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

Apelação interposta contra sentença que acolheu o pedido do autor para confirmar a tutela provisória, determinando que o plano de saúde arque com o tratamento pleiteado e condenando a ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00. A requerida busca a improcedência da demanda, alegando ausência de comprovação do fato constitutivo do direito e inexistência de danos morais.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em (i) verificar se houve recusa indevida do plano de saúde em fornecer o tratamento solicitado e (ii) a existência de danos morais decorrentes dessa recusa.

III. Razões de Decidir

3. A sentença recorrida foi mantida pelos próprios fundamentos, nos termos do artigo 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça, que permite a ratificação dos fundamentos da decisão recorrida quando suficientemente motivada.

4. O contrato de plano de saúde deve ser interpretado à luz do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/98, sendo abusiva a negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico assistente. A recusa do plano de saúde em custear o tratamento solicitado caracteriza dano moral, justificando a indenização fixada.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso desprovido.

Legislação Citada:

Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 9.656/98, CPC, art. 487, art. 85, § 11, art. 1026, § 2º.

Jurisprudência Citada:

STJ, AgInt no REsp nº 1.930.589-SP, Terceira Turma, rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 13/02/2023.

TJSP, Apelação Cível 1003844-06.2024.8.26.0161, Rel. Des. José Rubens Queiroz Gomes, j. 13/12/2024.

TJSP; Apelação Cível 1022296-93.2023.8.26.0001; Relator (a): Jane Franco Martins; Órgão Julgador: 9ª



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Câmara de Direito Privado; Foro Regional I - Santana - 1ª
Vara Cível; Data do Julgamento: 17/12/2024; Data de
Registro: 17/12/2024

Vistos,

Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença (fls. 385/389), cujo relatório se adota, que julgou a presente ação nos seguintes termos: *“Resolvo o mérito (art. 487 do Código de Processo Civil) e ACOELHO O PEDIDO do autor para confirmar a tutela provisória anteriormente concedida, para DETERMINAR que o plano de saúde arque com o tratamento pleiteado, nos termos solicitados pela especialista, e para CONDENAR a ré ao pagamento de indenização por danos morais no importe de R\$ 10.000,00, devidamente corrigidos monetariamente e com juros de 1% ao mês, desde o arbitramento. Sucumbência: a ré paga as custas e as despesas processuais do autor, que se corrigem monetariamente desde o dia em que foram desembolsadas, anotando-se que, sobre elas, não há incidência de juros. Paga, igualmente, os honorários advocatícios do patrono da parte adversa, que arbitro em 10% sobre o valor da condenação, devidamente atualizados.”*

Irresignada, recorre a ré (fls. 394/426) destacando que não houve recusa de atendimento das terapias pelas metodologias cobertas pela operadora em sua rede credenciada, bem como que deve ser considerada a ausência de obrigatoriedade no fornecimento de tratamento específico nos termos estabelecidos pela ANS. Também enfatiza a inexistência de danos morais passíveis de serem reparados. De forma subsidiária, por fim, postula a redução do *quantum* indenizatório arbitrado.

Recurso regularmente processado, com contrarrazões (fls. 432/450).

Parecer do Ministério Público pelo desprovimento do recurso (fls. 461/484).

Houve oposição ao julgamento virtual (fls. 457).

É o relatório, no essencial.

Rejeita-se, de início, a preliminar arguida nas contrarrazões do recurso dada a inexistência de ofensa ao princípio da dialeticidade (art. 932, III, do CPC).

Como já se decidiu: *“afasta-se a hipótese de lesão ao princípio da dialeticidade alegada pelo agravado, eis que o recurso encontra-se (sic) suficientemente motivado, não se exigindo que esgote todos os fundamentos da r. decisão.”* (AI nº 2.183.590-58.2014.8.26.0000 - v.u. j. de 16.03.15 - Rel. Des. LUCIANA BRESCIANI).

Ademais, conforme jurisprudência do C. Superior Tribunal de Justiça, *“não ofende o princípio da dialeticidade, quando puderem ser extraídos do recurso fundamentos suficientes, notória intenção de reforma da sentença.”* (Agravo Interno no REsp nº 1.587.645/MG j. de 21.03.17 Rel. Min. MARIA ISABEL GALLOTTI).

Quanto à questão de fundo, o recurso não comporta provimento.

A r. sentença recorrida, proferida pela i. Magistrada **Renata Manzini**, conferiu justa e adequada solução ao litígio, com a análise objetiva e assertiva dos fatos e do direito, motivo pelo qual deve ser mantida pelos próprios fundamentos, nos termos do artigo 252 do Regimento Interno deste Egrégio Tribunal de Justiça.

O artigo 252 do Regimento Interno deste Egrégio Tribunal de Justiça estabelece que *“Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la”*.

Na Seção de Direito Privado o dispositivo regimental tem sido largamente utilizado por suas Câmaras, seja para evitar inútil repetição, seja para cumprir o princípio constitucional da razoável duração dos processos.

Anote-se dentre tantos outros: Apelação 99406023739-8, Rel. Des. Elliot Akel, 1ª Câmara, São Paulo, em 17/06/2010; AI 990101539306, Rel. Des. Luiz Antonio de Godoy, 1ª Câmara, Jaú, em 17/06/2010; Apelação 99402069946-8, Rel. Des. Paulo Eduardo Razuk, 1ª Câmara, São Paulo, em



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

08/06/2010; Apelação 99405106096-7, Rel. Des. Neves Amorim, 2ª Câmara, São José do Rio Preto, em 29/06/2010; Apelação 99404069012-1, Rel. Des. José Roberto Bedran, 2ª Câmara, São José dos Campos, em 22/06/2010; Apelação 99010031478-5, Rel. Des. Beretta da Silveira, 3ª Câmara, São Paulo, em 13/04/2010; Apelação 9940500973556, Rel. Des. James Siano, 5ª Câmara, Barretos, em 19/05/2010; Apelação 99401017050-8, Rel. Des. José Joaquim dos Santos, 6ª Câmara, São Paulo, em 27/05/2010; Apelação 99404073760-8, Rel. Des. Paulo Alcides, 6ª Câmara, Indaiatuba; em 01/07/2010; Apelação 99109079089-9, Rel. Des. Moura Ribeiro, 11ª Câmara, Lins; em 20/05/2010; Apelação nº 990.10.237099-2, 13ª Câmara, Rel. Des. Luiz Roberto Sabbato, em 30.06.2010; Agravo de Instrumento 99010032298-2, Rel. Des. Edgard Jorge Lauand, 15ª Câmara, Atibaia, em 13/04/2010; Apelação 991.09.0841779, Rel. Des. Simões de Vergueiro, 17ª Câmara, Araçatuba, em 09/06/2010; Apelação 991000213891, Rel. Des. Paulo Roberto de Santana, 23ª Câmara, São Paulo, em 09/06/2010; Apelação nº 992.07.038448-6, São Paulo, Rel. Des. Cesar Lacerda, 28ª Câmara, em 27.07.2010.

O Colendo Superior Tribunal de Justiça tem prestigiado este entendimento quando predominantemente reconhece *"a viabilidade de o órgão julgador adotar ou ratificar o juízo de valor firmado na sentença, inclusive transcrevendo-a no acórdão, sem que tal medida encerre omissão ou ausência de fundamentação no decisum"* (REsp nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rel. Min. João Otávio de Noronha, j. de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rel. Min. Castro Meira, j. de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rel. Min. Eliana Calmon, j. 17.12.2004 e REsp nº 265.534- DF, 4ª Turma, Rel. Min. Fernando Gonçalves, j de 1.12.2003).

Outrossim, não é exigível dos Julgadores que se reportem expressamente em relação a cada um dos questionamentos formulados pelos litigantes, tampouco se afigura vício embargável a mera adoção de tese contrária ao entendimento da parte interessada, sendo suficiente que o alcance da decisão esteja bem delimitado, com clareza suficiente acerca dos parâmetros utilizados e ordens concedidas.

Como destacado com acerto na r. decisão de primeiro grau:

*“Juntado aos autos laudo médico que atesta que o menor é portador da mencionada doença, bem como necessita desse tratamento para ampliar suas habilidades sociais, cognitivas, motoras e linguagem expressiva (fl. 33) [...] **Em diversas ocasiões o STJ já ressaltou que não cabe ao plano de saúde estabelecer qual o tipo de tratamento que deve ser realizado no paciente é um dever do médico. O plano de saúde tem somente a função de verificar quais as doenças que pretende segurar, cabendo o tipo de tratamento ao médico escolhido pelo paciente. A ré se defendeu alegando que não houve recusa ao tratamento do autor, contudo, houve uma recusa tácita.** Três das clínicas indicadas não tinham o tratamento ou não atendiam ao plano do autor isso é uma recusa expressa. Outra clínica não pode cumprir com o tratamento integral, somente disponibilizando 8 horas semanais para o menor, que é menos de 1/3 do tratamento que ele necessita. A última clínica estava a uma distância de mais de uma hora da residência do autor, o que tornava a rotina familiar inviável. **Nesse sentido, não se pode considerar que apresentar soluções inapropriadas é um cumprimento das cláusulas contratuais houve descumprimento, pois nenhuma das clínicas era apta a oferecer o tratamento eficiente que o menor necessita.** [...] Com isso, é inegável que a ré tem o dever de custear integralmente o tratamento solicitado pela médica especialista. Com relação ao pedido de indenização por danos morais, há o acolhimento. **O menor, ainda em sua primeira infância, foi diagnosticado com uma doença sem uma cura imediata, que necessita de um tratamento intensivo e dedicação de todos aqueles que o rodeiam. A recusa do plano de saúde em custear o tratamento que pode auxiliá-lo a se desenvolver é mais que mero dissabor ainda mais em uma idade que toda atuação precoce é essencial para o sucesso do tratamento. A demora no atendimento pode ter causado uma regressão ao desenvolvimento do menor que dificilmente será recuperado.** Assim, está caracterizado o dano moral, sendo necessário o seu ressarcimento.” – **grifo e destaque nosso***

Frise-se que o contrato em questão deve ser examinado à luz do Código de Defesa do Consumidor, da Lei nº 9.656/98 e da Súmula 102 deste

Egrégio Tribunal.

Ademais, a guia Nº 2232966289, juntada a fls. 269, de **21/06/2023**, demonstra que a autorização de tratamnto somente se deu após o ajuizamento desta demanda e do deferimento da liminar.

E, mesmo assim, a Clínica Movthera informou à genitora do autor que possuía condições de conceder apenas 10 horas semanais de tratamento ao menor, conforme demonstram os documentos de fls. 340/341, apesar das 30 horas semanais recomendadas.

Sobreveio nova notícia de descumprimento da tutela de urgência (fls. 360/362) e a cooperativa carregou aos autos nova indicação de clínica credenciada (fls. 383/384), porém, a clínica apontada está localizada distante de forma considerável da residência do autor, podendo comprometer seu tratamento.

Se o plano de saúde contratado pelo autor cobre o tratamento da doença, a falta de atendimento adequado ou a prestação insuficiente configura uma negativa inadmissível e abusiva, violando a Lei 9.656/98 e o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Com efeito, são nulas as cláusulas que imponham obrigações injustas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem excessiva ou contrariem a boa-fé e a equidade.

Aceitar a recusa da operadora do plano de saúde, mesmo que não seja expressa, enfraqueceria o compromisso e a responsabilidade assumidos contratual e legalmente, deixando o autor em desvantagem excessiva.

Isso é incompatível com os princípios de boa-fé e equilíbrio contratual, além de restringir direitos fundamentais inerentes ao contrato, como o direito à vida e à saúde, o que é vedado por lei.

Neste sentido:

“APELAÇÃO. Plano de saúde. Sentença de improcedência. Insurgência do autor sob a alegação de que há meses tem dificuldades em obter atendimento adequado na rede credenciada do plano de saúde e busca o custeio integral do tratamento em clínica particular. Autor portador de transtorno do espectro autista suporte 3 (CID 10-F 84.0) e síndrome de down (CID 10-Q 90.9),

*com indicação de tratamento multidisciplinar pelo método ABA. Contrato de plano de saúde deve ser interpretado à luz do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/98, que proíbem a negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico assistente. Simples indicação de estabelecimento, sem comprovar estar apto ao atendimento imediato e integral, que se reverte em negativa de cobertura. Autor que afirma e comprova na inicial contatos com o plano, sem sucesso na cobertura pretendida. **Operadora do plano de saúde que deve garantir atendimento adequado e imediato, respeitando as particularidades do segurado, diante de seu grave estado de saúde, em estabelecimento próximo de sua residência.** Sentença reformada para julgar parcialmente procedente o pedido, para fornecimento de tratamento imediato e integral na rede credenciada, e na ausência, custeio integral em clínica particular indicada pelo autor. Recurso a que se dá parcial provimento. (TJSP; Apelação Cível 1003844-06.2024.8.26.0161; Relator (a): José Rubens Queiroz Gomes; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Diadema - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/12/2024; Data de Registro: 13/12/2024)”*

Não se deve olvidar, outrossim, que a terapia ABA está contemplada no Rol da Saúde Suplementar, como reconhecido pela própria ANS, e é tratamento validado, inclusive, pela CONITEC, o que torna obrigatória a cobertura pelo plano de saúde, de qualquer método ou técnica indicada por profissional de saúde responsável pelo tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista (TEA).

Vale dizer, ainda, que a Resolução Normativa da ANS nº 465/2012, atualizada pela Resolução Normativa nº 541, de 11.07.2022, especifica que as sessões de fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional são ilimitadas para aqueles que possuem TEA, de forma que as 30 horas recomendadas pelo médico são lícitas, não cabendo interferência à prescrição do paciente.

Sobre o tema:

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. TRATAMENTO MÉDICO. ANS. ROL TAXATIVO. MITIGAÇÃO. TERAPIA. COBERTURA OBRIGATÓRIA. LIMITAÇÃO

DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. REEMBOLSO INTEGRAL. PLANO DE SAÚDE. OMISSÃO. REVISÃO. SÚMULAS N°S 5 E 7/STJ. 1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas não no sentido pretendido pela parte. 2. A Segunda Seção desta Corte Superior, quando do julgamento dos EREsps n°s 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios. 3. Na espécie, os tratamentos indicados estão relacionados com beneficiário portador de transtorno global do desenvolvimento, sendo exemplos o transtorno do espectro autista (TEA), a Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett. 4. A ANS já reconhecia a Terapia ABA como contemplada nas sessões de psicoterapia do Rol da Saúde Suplementar, havendo considerações da CONITEC a respeito da viabilidade não só desse método no tratamento de determinados graus de TEA, mas também de outros métodos a serem discutidos com o profissional da saúde. 5. A ANS tornou obrigatória a cobertura, pela operadora de plano de saúde, de qualquer método ou técnica indicada pelo profissional de saúde responsável para o tratamento de Transtornos Globais do Desenvolvimento, entre os quais o transtorno do espectro autista, Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett. 6. A Autarquia Reguladora aprovou o fim do limite de consultas e sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, além de ter revogado as Diretrizes de Utilização (DU) para tais tratamentos (RN-ANS n° 541/2022). 7. Na hipótese, acolher a tese pleiteada pela agravante, no sentido de que não tem obrigação de custear o tratamento médico indicado, exigiria exceder os fundamentos do acórdão impugnado e adentrar no exame das provas e na relação contratual estabelecida, procedimentos vedados em recurso especial, a teor das Súmulas n°s 5 e 7/STJ. 8. Agravo interno não provido" (AgInt no REsp n° 1.930.589-SP, Terceira Turma, rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 13/02/2023)"

"Apelação - Ação cominatória - Plano de saúde - Sentença de parcial procedência - Apelo de ambas as partes - Cobertura para método ABA - Aplicação das regras protetivas ao consumidor - Súmulas 100 do TJSP e 608 do

STJ - Autor menor diagnosticado com TEA, com relatórios médicos atestando a necessidade do tratamento ante seu quadro de saúde - Eficácia das terapias comprovadas em estudos científicos internacionais - Obrigações assumidas pelos que atuam no ramo da saúde voltam-se a garantir o direito fundamental à vida - Rol da ANS que encerra coberturas obrigatórias mínimas - Aplicação da lei 12.764/2012 e RN 539/2022 da ANS - Respaldo nas diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e seus direitos individuais (lei 12.764/2012). Número de sessões - Limitação fere a natureza do contrato - Negativa do plano de saúde - Abusividade - Inteligência do art. 51, IV e § 1º, II do CDC - Precedentes jurisprudenciais - Distância da clínica que deve ser até 10 km da residência do menor, sob risco de inviabilizar o tratamento - Reembolso integral caso a ré não disponha de profissionais habilitados em sua rede credenciada - Aplicação da RN 259/2011 da ANS - Sentença reformada em pequena parte - Recurso da ré desprovido e do autor provido. (TJSP; Apelação Cível 1022296-93.2023.8.26.0001; Relator (a): Jane Franco Martins; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional I - Santana - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 17/12/2024; Data de Registro: 17/12/2024)''

Outrossim, como ressaltado no bem lançado parece do Ministério Público (fls. 461): *"Existe um embate entre dar uma cobertura não só à saúde, mas também ao bem estar geral do paciente (já que não tem cura e sobre pouco a ser feito), e o uso de um tratamento alternativo não científico com alto custo, para um caso, digamos assim e com todo respeito, perdido do ponto de vista financeiro. Porém, não pode ser esquecido que o contrato de saúde é um seguro. No mínimo, tem natureza securitária lato senso. Neste ato jurídico, parte fundamental é a alea. Uma vez ocorrido o sinistro, não é próprio da natureza contratual a seguradora resistir a assumir seu prejuízo no negócio. A inteligência da Súmula nº 102 do Eg. TJSP e até mesmo da Secretaria de Saúde de São Paulo e o próprio Ministério da Saúde, bem como a ANS, o SUS, e as operadoras de plano de saúde como um todo reconhecerem a existência de métodos alternativos como potencialmente válidos para a melhoria da condição de vida do paciente.*

Procedimentos também considerados alternativos como equoterapia, musicoterapia e hidroterapia são também experimentos que já contam com décadas de desenvolvimento e apresentam provas de alguma eficiência. Porém, não são disciplinados e é crescente a jurisprudência e o entendimento de não serem diretamente relacionados à área de saúde. Diferentemente, as terapias ocupacionais, psicoterapia e fonoaudiologia são disciplinadas pela ANS e há operadoras de plano de saúde que fornecem cobertura para vários protocolos por considera-los úteis ao tratamento de diversos males. Diante de todas essas questões, a jurisprudência predominante tem aceitado os métodos alternativos como formas válidas para, ao menos, dar um alento na vida de pacientes com quadro tão grave e degenerativo do corpo humano. mesmo porque, como dito acima, o contrato tem natureza securitária e houve um sinistro e cabe à seguradora cobrir o dano, assumindo o prejuízo. Pela ciência aplicável à situação, no caso a medicina, cabe à equipe médica que acompanha o paciente prescrever o que se mostra necessário para dar a melhor condição de vida ao doente."

De outro lado, a indenização por dano moral se mostra devida porquanto o tratamento solicitado, mas recusado, tinha adequada indicação para ser realizado e a demora no atendimento tem potencial para causar regressão ao desenvolvimento do menor.

Na doutrina de Carlos Alberto Bittar, a propósito, o dano moral decorre do simples fato da violação, sendo desnecessária a prova de prejuízo em concreto, pois "*o dano existe no próprio fato violador, impondo a necessidade de resposta, que na reparação se efetiva. Surge ex facto, ao atingir a esfera do lesado, provocando-lhe as reações negativas já apontadas. Nesse sentido é que se fala em damnum in re ipsa. Ora, trata-se de presunção absoluta, ou iuris et de iure, como a qualifica a doutrina. Dispensa, portanto, prova em concreto. Com efeito, corolário da orientação traçada é o entendimento de que não há que se cogitar de prova do dano moral. Não cabe ao lesado, pois, fazer demonstração que sofreu, realmente, o dano moral alegado*" ("Reparação Civil por DanosMoraís", Ed. RT, 1993, pp. 202-205).

A jurisprudência, para fins de arbitramento do "quantum" indenizatório, estabeleceu critérios, dividindo-os em dois pilares: [a] o reparatório, que considera as condições pessoais da vítima e a extensão do dano; e [b] o punitivo, que avalia o poder financeiro do ofensor e a sua culpa.

O montante da indenização não pode ser irrisório, sob pena de não servir ao cumprimento de seu objetivo específico. Nem pode ser excessivamente elevado, de modo a propiciar enriquecimento. Deve ser equilibrado porque tem finalidade compensatória.

O arbitramento, não obstante estar ao critério do juiz, deve ser fixado, em cada caso, atendendo à dor experimentada pela vítima e ao grau de dolo ou culpa do ofensor (TJSP 8^a Câm., Ap., Rel. Felipe Ferreira., j. 28.12.94, RT 717/126).

Para a fixação da indenização do dano moral também devem ser consideradas as condições das partes, a gravidade da lesão, o potencial econômico do ofensor e a necessidade da condenação servir de desestímulo a práticas futuras.

A quantia paga em dinheiro para a parte ofendida deve representar para esta uma satisfação psicológica capaz de minimizar o sofrimento impingido.

Assim, deve ser mantida a indenização fixada no valor de R\$ 10.000,00, de forma moderada e razoável, preservando o caráter compensatório e punitivo do dano moral.

Neste sentido:

"DIREITO PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL GRAVE E EPILEPSIA. NEGATIVA DE COBERTURA. TRATAMENTOS PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE. PEDIASUIT. EQUOTERAPIA. HIDROTERAPIA. PSICOLOGIA. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. CARÁTER EXEMPLIFICATIVO. NEGATIVA ABUSIVA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. RECURSO DESPROVIDO. I. CASO EM EXAME 1. Apelação interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que a condenou a

custear integralmente os tratamentos prescritos à autora, portadora de paralisia cerebral grave e epilepsia, e a pagar indenização por danos morais em razão da negativa de cobertura. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. Há duas questões em discussão: (i) determinar se a operadora do plano de saúde está obrigada a custear os tratamentos prescritos pelo médico assistente, ainda que não previstos expressamente no rol da ANS; e (ii) analisar se a negativa de cobertura enseja indenização por danos morais. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. O rol da ANS tem natureza exemplificativa, não podendo ser utilizado para restringir o direito da beneficiária ao tratamento adequado, conforme Lei n. 14.454/22. 4. A operadora de plano de saúde não pode interferir na escolha do tratamento indicado pelo médico assistente, salvo nos casos em que houver comprovação da ineficácia do procedimento prescrito ou da existência de alternativa terapêutica de igual eficácia já coberta, o que não ocorreu no caso concreto. 5. A recusa indevida de cobertura de tratamento essencial caracteriza falha na prestação do serviço e impõe à operadora do plano de saúde o dever de indenizar por danos morais. 6. O valor da indenização arbitrado na sentença (R\$8.000,00) é razoável e proporcional, atendendo ao caráter compensatório e pedagógico da condenação. IV. DISPOSITIVO E TESE 7. Recurso desprovido. Teses de julgamento: "(i) o rol da ANS tem caráter exemplificativo e não pode ser utilizado para afastar a obrigação da operadora de custear tratamentos prescritos pelo médico assistente (ii) A negativa indevida de cobertura de tratamento essencial configura falha na prestação do serviço e enseja indenização por danos morais". Dispositivos relevantes citados: CPC, art. 85, § 11; CDC, art. 51, IV e § 1º, II; Lei n. 9.656/98, art. 10, §§ 12 e 13; Lei n. 14.454/22; ANS, Resoluções Normativas n. 465 e 539. Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula 608; STJ, REsp n. 2.064.964/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 20/2/2024; TJSP, Apelação Cível 1006599-75.2023.8.26.0019, Rel. Paulo Sergio Mangerona, j. 12.02.2025; TJSP, Apelação Cível 1057873-21.2022.8.26.0114, Rel. Costa Netto, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 13/11/2024; TJSP, Apelação Cível 1000516-52.2021.8.26.0362, Rel. Augusto Rezende, 1ª Câmara de Direito Privado, j. 12/08/2024; TJSP, Apelação Cível 1029583-26.2022.8.26.0007, Rel. Angela Moreno Pacheco de



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Rezende Lopes, 10ª Câmara de Direito Privado, j. 26/03/2024. (TJSP; Apelação Cível 1039978-71.2023.8.26.0224; Relator (a): Rosana Santiso; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1); Foro de Guarulhos - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/02/2025; Data de Registro: 19/02/2025)"

Incensurável, portanto, a r. sentença hostilizada.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

Majoro os honorários advocatícios para 12% sobre o valor da condenação, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC.

Atentem as partes para o detalhe de que a oposição de embargos de declaração fora das hipóteses legais e/ou com efeitos infringentes dará ensejo à imposição da multa prevista pelo artigo 1026, § 2º, do CPC.

Considera-se prequestionada toda a matéria constitucional e infraconstitucional discutida, evitando-se, com isso, oposição de embargos de declaração para este fim (Súmulas nº 211 do Superior Tribunal de Justiça e nº 282 do Supremo Tribunal Federal).

PAULO SÉRGIO MANGERONA
RELATOR