



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000333771

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008305-10.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante FUNDAÇÃO CESP, é apelado RUI GARCIA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (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 Desembargadores IRINEU FAVA (Presidente sem voto), MARA TRIPPO KIMURA E GILBERTO FRANCESCHINI.

São Paulo, 3 de abril de 2025.

PEDRO FERRONATO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 2573

APEL. Nº: 1008305-10.2024.8.26.0100

FORO : Foro Central Cível

APTE.: Fundação Cesp

APDO.: Rui Garcia

SAÚDE SUPLEMENTAR – Ação de Obrigação de Fazer – Negativa de cobertura de exame ecocardiograma cardíaco (EIC) – Operadora de saúde sustenta a regularidade da negativa de cobertura por ausência de previsão no rol da ANS – Inadmissibilidade – Beneficiário portador de taquicardia – Exame que se fazia necessário para adequação do tratamento – Doença coberta pelo plano de saúde – Recomendação de estudos científicos – Abusividade da recusa – Recurso não provido.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 183/188, declarada às fls. 200/201, que julgou parcialmente procedentes os pedidos para condenar a ré a autorizar a realização imediata do exame ecocardiograma intracardíaco em todos os momentos que houver prescrição médica, até a alta médica relativa à cardiopatia que acomete o autor, bem como a custear todo o tratamento, reembolsando todas as despesas necessárias, especialmente as despendidas oportunamente nos limites do contrato.

Foram opostos embargos de declaração às fls. 195/199, acolhidos pela decisão de fls. 200/201.

Em seu apelo, sustenta a operadora do plano de saúde (fls.

204/228) ser considerada entidade de autogestão, sendo inaplicável à hipótese o Código de Defesa do Consumidor, conforme Súmula 608 do STJ, não se mostrando possível a inversão do ônus da prova. Afirma que o exame pretendido encontra-se fora da cobertura contratual, por não estar inserido no rol da ANS, que é taxativo e utilizado como parâmetro pelo contrato firmado entre as partes, descabendo o fornecimento de tratamentos ali não inseridos diante do valor da mensalidade paga, ausente, ainda, recomendação de órgãos técnicos a comprovar sua eficácia. Fala da impossibilidade de reembolso integral, que deverá se dar nos limites do contrato na hipótese de não serem utilizados os serviços credenciados. Pede seja cumprido o pacto, com obrigações de ambas as partes, para garantia do equilíbrio econômico-financeiro, diante, ainda, da boa-fé objetiva.

Recurso tempestivo, preparado e devidamente contrariado.

É o relatório.

A determinação à ora apelante de cobertura do exame indicado ao apelado – ecocardiograma intracardíaco (EIC) – era mesmo de rigor, mostrando-se correta a r. sentença vergastada.

Isso porque ao se analisarem os elementos dos autos, verifica-se que referido exame, acompanhado dos materiais a ele inerentes, ainda que sem indicação expressa no rol da ANS de utilização para a situação do beneficiário, deveria mesmo ser custeado pela fundação fornecedora do plano de saúde.

Com efeito, fixou o E. Superior Tribunal de Justiça, por meio de sua Segunda Seção, no julgamento do EResp n. 1886929/SP, de relatoria do Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 08/06/2022, o seguinte entendimento, conforme se extrai de trecho de sua ementa:

“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 extrarrol; 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.”.

E, pela leitura da guia de solicitação de fls. 27 e do relatório médico de fls. 29/33, com a justificativa para uso do referido procedimento, percebe-se estarem presentes as condições exigidas para cobertura pela operadora, uma vez que o beneficiário do plano de saúde apontava *“queixa de cansaço e dispneia*

relacionados a palpitação taquicárdica”, sendo refratário ao uso de Metoprolol, com diagnóstico de “Disjunção do anel mitral”, buscando os profissionais médicos responsáveis, com o exame prescrito, maiores informações acerca da extensão da enfermidade, a fim de embasar decisões sobre os próximos passos terapêuticos.

Continua o médico em sua explicação:

“O reconhecimento da anatomia cardíaca pelo EIC permite ao operador um melhor posicionamento do cateter de ablação durante a intervenção, garantindo um melhor contato com a estrutura alvo, bem como a efetividade da aplicação, visto que a lesão gerada pela radiofrequência modifica imediatamente as características ultrassonográficas do tecido. Essa vantagem é especialmente importante na ablação de pacientes com cardiopatias congênitas complexas.”

O relatório aponta, ainda, a existência de evidências científicas da superioridade do procedimento quanto aos resultados e segurança para o paciente:

“Existem alguns trabalhos na literatura médica que evidenciam melhores resultados nas ablações com o uso de EIC. Pimentel RC et. al publicaram ainda neste ano uma pesquisa sobre a eficácia do uso de EIC na ablação de fibrilação atrial na qual houve redução de 36% no risco de repetir o procedimento no período de 12 meses no grupo de

pacientes que fizeram ablação com EIC8. Em outro estudo, com 11525 pacientes submetidos a ablação também de fibrilação atrial, o uso EIC reduziu em 32% a necessidade de reablação em um prazo de 6 meses.”

E finaliza, descrevendo variados estudos acerca do tema:

“O ecocardiograma intracardíaco é indispensável para a boa prática clínica, mas não consta no rol da ANS e não há material equivalente no rol. Contudo, evidências da literatura mundial demonstram o claro benefício do seu uso, com redução importante das complicações.”

Ademais, é de competência do médico a análise do potencial ou maior plausibilidade do procedimento apontado, sintonizado com a evolução da ciência e técnica médicas, e que também devem ser acompanhadas pela prestadora de plano ou seguro saúde, independentemente de aguardar-se alteração administrativa do rol da ANS, tido como de cobertura mínima.

Neste sentido trafega a Súmula 102 desta Corte:

“Súmula 102: 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.”

Observa-se, ainda, o disposto no art. 10, § 13, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Lei nº 14.454/2022:

“§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”

Nesse diapasão, tem-se que a cobertura contratual para o tratamento da doença que acometeu o beneficiário era incontestável, devendo ser afastada a cláusula restritiva em apreço, afigurando-se devida a obrigação da apelante de custear a realização do exame indicado, com a utilização do material necessário.

Frisa-se que a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor à relação jurídica em apreço, por se tratar de plano de saúde na modalidade de autogestão, nos termos da Súmula nº 608 do E. Superior Tribunal de Justiça, não retira a abusividade verificada na negativa de cobertura, em face dos

princípios contratuais da boa-fé objetiva e da função social, que não podem ser afastados.

Neste sentido a jurisprudência do E. Tribunal de Justiça:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/ PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. Plano de saúde de autogestão. Negativa de OPME com base no rol da ANS. Incabível. Rol que contém obrigatoriedade mínima. Laudo médico e laudo técnico (NatJus) demonstrando a necessidade do equipamento à realização de cirurgia para remoção de tumor cerebral. Negativa indevida. Danos morais não configurados mera discussão referente a interpretação de cláusula contratual. Sentença reformada para exclusão da condenação em danos morais. Recurso provido em parte.”
(Apelação n. 1002108-23.2023.8.26.0246, rel. Rui Porto Dias, Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma V, j. 30/01/2025).

“DIREITO À SAÚDE. APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em exame Trata-se de apelação interposta contra a sentença que julgou procedente a ação cominatória para condenar a ré a custear o tratamento quimioterápico da autora, diagnosticada com sarcoma estágio 4 metastático. A ré negou a cobertura do tratamento com o medicamento DOXORRUBICINA LIPOSSOMAL, alegando se tratar de uso "off label" (experimental). II. Questão em discussão A questão em discussão consiste: (i) na inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e na impossibilidade de inversão do ônus da prova; (ii) afronta ao art. 10, inciso I e §4º da Lei nº

9.656/1998; (iii) na exclusão contratual de cobertura ao medicamento e a ausência de sua presença no rol da ANS. III. Razões de decisão A autora é beneficiária do plano de saúde da saúde e necessita do medicamento prescrito. A negativa de cobertura, é considerada abusiva pois, em que pese a inaplicabilidade do CDC, não se exclui a boa-fé objetiva nos contratos regidos pela lei civil, de modo que a negativa de fornecimento do medicamento ofende a boa-fé contratual e a função social do contrato, deixando a beneficiária desamparada. A negativa de cobertura de procedimento não elencado no rol da ANS é considerada abusiva, conforme Súmula 102 do TJSP. IV Dispositivo e tese Tese de julgamento: "1. A negativa de custeio de tratamento prescrito é abusiva. 2. A boa-fé objetiva deve ser vista nas relações contratuais de saúde." Recurso improvido." (Apelação n. 1001818-07.2024.8.26.0526, rel. James Siano, 5ª Câmara de Direito Privado, j. 09/12/2024).

Obstar o necessário procedimento é medida ilegal, porque contraria a própria natureza do contrato do plano de saúde, cuja finalidade é de garantir a saúde em sua integralidade e não apenas parte dela. A disposição contratual fundada na limitação dos riscos não significa dizer que deva sempre ser aceita como legítima, mas deverá ser examinada à luz da situação concreta e da boa-fé.

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

“Seguro saúde. Cobertura. Câncer de pulmão. Tratamento com quimioterapia. Cláusula abusiva.

1. O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão

sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta. 2. Recurso especial conhecido e provido.” (Resp 668216/SP, Terceira Turma, Rel. Min. CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, j. 15.03.07)

“Direito civil. Contrato de seguro em grupo de assistência médico-hospitalar, individual e familiar. Transplante de órgãos. Rejeição do primeiro órgão. Novo transplante. Cláusula excludente. Invalidez.

- 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.

- Além de ferir o fim primordial do contrato de seguro-saúde, a cláusula restritiva de cobertura de transplante de órgãos acarreta desvantagem exagerada ao segurado, que celebra o pacto justamente ante a imprevisibilidade da doença que poderá acometê-lo e, por recear não ter acesso ao procedimento médico necessário para curar-se, assegura-se contra tais riscos.

- Cercear o limite da evolução de uma doença é o mesmo que

afrontar a natureza e ferir, de morte, a pessoa que imaginou estar segura com seu contrato de seguro-saúde; se a ninguém é dado prever se um dia será acometido de grave enfermidade, muito menos é permitido saber se a doença, já instalada e galopante, deixará de avançar para a o momento em que se tornar necessário procedimento médico ou cirúrgico que não é coberto pelo seguro médico-hospitalar contratado.

- A negativa de cobertura de transplante apontado pelos médicos como essencial para salvar a vida do paciente , sob alegação de estar previamente excluído do contrato, deixa o segurado à mercê da onerosidade excessiva perpetrada pela seguradora, por meio de abusividade em cláusula contratual.

- A saúde é um direito social constitucionalmente assegurado a todos, cuja premissa daqueles que prestam tal assistência, deve ser a redução de riscos de doenças, para a sua promoção, proteção e recuperação, seja no plano privado, seja na esfera da administração pública.

- O interesse patrimonial da seguradora de obtenção de lucro, deve ser resguardado, por se tratar de um direito que lhe assiste, desde que devidamente prestado o serviço ao qual se obrigou, isto é, desde que receba o segurado o tratamento adequado com o procedimento médico ou cirúrgico necessário, que possibilite a garantia da saúde por inteiro, prestado de forma eficiente, integral e com qualidade, conforme assumido contratualmente e estabelecido constitucionalmente.

- Assegura-se o lucro, desde que assumidos os riscos inerentes à tutela da saúde, tais como expostos na Constituição Federal, que não podem ficar somente a cargo do consumidor-segurado; fatiar a doença, ademais, não é o modo mais correto para obtenção de lucro.

- Com vistas à necessidade de se conferir maior efetividade ao direito integral à cobertura de proteção à saúde por meio do acesso ao tratamento médico-hospitalar necessário , deve ser invalidada a cláusula de exclusão de transplante do contrato de seguro-saúde, notadamente ante a peculiaridade de ter sido, o segurado, submetido a tratamento complexo,

que incluía a probabilidade e não a certeza da necessidade do transplante, procedimento que, ademais, foi utilizado para salvar-lhe a vida, bem mais elevado no plano não só jurídico, como também metajurídico. Recurso especial conhecido, mas, não provido.” (Resp 1053810/SP, Rel.^a Min.^a NANCY ANDRIGHI, j. 17.12.09.)

A obrigação de custeio do exame pleiteado é, pois, certa, ressaltando-se que o reembolso determinado não se refere àquele contratual, mas decorre da obrigatoriedade do fornecimento do exame prescrito, o que não foi feito à época, razão pela qual o ressarcimento deverá ser integral, por conta dos gastos experimentados pelo apelado.

Ante o exposto, pelo meu voto, **nega-se provimento** ao recurso, **majorando-se** a verba honorária para 13% do valor atualizado da causa, nos termos do artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil.

Visando a evitar oposição de embargos declaratórios para tal finalidade, considera-se prequestionada toda matéria constitucional e infraconstitucional invocada, observado posicionamento do Superior Tribunal de Justiça segundo o qual prescindível a citação de dispositivos legais que o fundamentam (EDcl no RMS 18205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, T5, j. 18.04.2006).

PEDRO FERRONATO

Relator