



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000344331

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1062025-23.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelada CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é apelado/apelante ANTONY MARTINS CLEMENTE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento aos recursos. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores LIA PORTO (Presidente sem voto), LUIZ ANTONIO COSTA E MIGUEL BRANDI.

São Paulo, 7 de abril de 2025.

ADEMIR MODESTO DE SOUZA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1062025-23.2023.8.26.0100.

Apelantes/Apelados: **Central Nacional Unimed - Cooperativa Central e Antony Martins Clemente.**

Comarca: São Paulo - 23ª Vara Cível - Foro Central Cível.

Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado.

Relator: **ADEMIR MODESTO DE SOUZA.**

Magistrado: **Vítor Gambassi Pereira.**

V O T O Nº. 13513

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PEDIDO JULGADO PROCEDENTE. SENTENÇA MANTIDA.

1. A questão em discussão consiste em determinar se o plano de saúde deve cobrir o tratamento com EMT (Estimulação Magnética Transcraniana), não previsto no rol da ANS, bem como se a negativa de cobertura é legítima.
2. O rol da ANS é taxativo, mas admite exceções quando demonstrada a imprescindibilidade do tratamento para a saúde do paciente, sem alternativas eficazes e com respaldo técnico-científico. Precedentes.
3. O autor não respondeu a tratamentos convencionais, sendo a EMT a única opção viável.
4. Pedido de reembolso de valores despendidos consistente em inovação recursal, que não pode ser acolhido.
5. Recursos desprovidos.

1. Trata-se de apelação interposta por **CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL** contra a r. sentença de fls. 322/329, declarada e mantida a fls. 345/347, cujo relatório se adota, que nos autos da ação de obrigação de fazer que lhe promove **ANTONY MARTINS CLEMENTE**, julgou procedente a pretensão inicial, constando do seu capítulo dispositivo:

3. Ante o exposto, nos termos do art. 487, I, do CPC, julgo PROCEDENTES os pedidos, para condenar a ré a autorizar e custear, integralmente, as sessões de Estimulação Magnética Transcraniana, sem limite máximo de sessões, em clínica pertencente à rede credenciada ou observado o valor contratual estabelecido para o reembolso, em caso de opção por tratamento em clínica particular. Preteridas as demais alegações, por incompatíveis com a linha adotada,

ficam as partes advertidas de que a oposição de embargos de declaração fora das hipóteses legais e/ou com postulação meramente infringente ensejará a imposição da multa prevista no art. 1.026, § 2º, do Código de Processo Civil. Vencida, fica a parte ré condenada no pagamento das custas e despesas processuais, mais honorários advocatícios. Considerando-se o trâmite da demanda, a baixa complexidade, o dispêndio do tempo e o trabalho exercido, a ausência de dilação probatória, bem como os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, os honorários advocatícios são arbitrados, nos termos do artigo 85, §2º, do Código de Processo Civil, em 10% sobre o valor atualizado da condenação. Após o trânsito em julgado desta sentença, na fase seguinte de cumprimento (art. 523 do CPC), deverá a parte vencedora, nos termos do Provimento CG 16/2016 e Comunicado CG 438/2016, providenciar o peticionamento eletrônico - CUMPRIMENTO DE SENTENÇA, no portal e-SAJ escolher a opção Petição Intermediária de 1º Grau, categoria Execução de Sentença e selecionar a classe, conforme o caso: 156 Cumprimento de Sentença, dispensada a anexação dos documentos mencionados no Provimento CG Nº 16/2016, haja vista o art. 1.285, das Normas de Serviço da Corregedoria Geral de Justiça. Por fim, nada mais havendo a cumprir e uma vez certificado o trânsito em julgado, arquivem-se os autos com as cautelas de praxe. P.I.

Alega a apelante, operadora de plano de saúde, que sua obrigação se limita à cobertura dos procedimentos previstos no Rol da ANS, conforme pactuado contratualmente. Sustenta que o procedimento solicitado não consta no referido rol, sendo classificado como experimental pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Aduz que a negativa de cobertura é legítima, amparada por normas contratuais e legais. Defende que planos de saúde são atividades econômicas sujeitas à regulamentação, não podendo ser compelida a custear tratamentos não obrigatórios.

Apelação tempestiva, preparada (fls. 363) e respondida (fls. 382/391).

O autor também apresentou apelação tempestiva e preparada (fls. 375/378), na qual alega que é menor com 17 anos, não possui

capacidade financeira, sendo sua genitora a responsável pelo custeio do tratamento, aduzindo que, diante da recusa ilícita da ré, pretende o reembolso integral dos custos do procedimento (fls. 365/374).

O parecer da d. Procuradoria Geral de Justiça é pelo não provimento do recurso da ré e pelo provimento do recurso do autor (fls. 597/601).

É o relatório.

2. Consta da petição inicial que o autor foi diagnosticado com transtorno depressivo maior, resistente a tratamentos convencionais. Diante do agravamento de seu quadro clínico e do risco de suicídio, foi prescrito, com urgência, o tratamento por estimulação magnética transcraniana (EMT), aprovado pela Anvisa e pelo Conselho Federal de Medicina. A ré negou cobertura, alegando ausência de previsão no rol da ANS.

O pedido inicial, embora emendado a fls. 87/90, não inclui o reembolso de valores despendidos, pretensão inovada somente em fase de recurso.

A operadora de plano de saúde não questiona a necessidade do procedimento médico prescrito e tampouco sua adequação e eficácia, limitando-se a apontar a ausência de cobertura contratual.

O Colendo Superior Tribunal de Justiça decidiu pela taxatividade mitigada do rol de coberturas obrigatórias da ANS e a operadora de plano de saúde ***não demonstrou***, conforme parâmetros definidos na referida decisão que, em substituição ao procedimento prescrito pelo médico do autor, ***existe outro eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista*** e, ainda, que, embora fosse possível ao autor contratar

a cobertura ampliada ou negociar aditivo contratual para contemplar a cobertura do indigitado procedimento, deixou ele de exercer essa faculdade, daí a obrigatoriedade de cobertura, à vista da tese número 11.2.3 fixada no julgamento do EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luís Felipe Salomão, assim ementado:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDNA NA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDNA PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a ANS, estabelecendo no art. 3º sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º, III, elucida que compete à ANS elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

2. Por inequívoca opção do legislador, extrai-se tanto do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 quanto do art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000 que é atribuição dessa agência elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos

e Seguros de Saúde. Nessa toada, o Enunciado n. 21 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ propugna que se considere, nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n. 9.656/1998, o Rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.

3. Por um lado, a Resolução Normativa ANS n. 439/2018, ora substituída pela Resolução Normativa ANS n. 470/2021, ambas dispondo sobre o rito processual de atualização do Rol, estabelece que as propostas de sua atualização serão recebidas e analisadas mediante critérios técnicos relevantes de peculiar complexidade, que exigem alto nível de informações, quais sejam, utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS, princípios da saúde baseada em evidências - SBE, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Por outro lado, deixando claro que não há o dever de fornecer todas e quaisquer coberturas vindicadas pelos usuários dos planos de saúde, ao encontro das mencionadas resoluções normativas da ANS, a Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, incluiu o art. 10-D, § 3º, I, II e III, na Lei 9.656/1998 para estabelecer, no mesmo diapasão do regramento infralegal, a instituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10, devendo apresentar relatório que considerará: I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso; II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

4. O Rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo - devendo, ademais, a cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas - tem o condão de efetivamente padronizar todos os planos e seguros de saúde e restringir a livre concorrência, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, o que representaria, na verdade, suprimir a própria existência do "Rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população.

5. A par de o Rol da ANS ser harmônico com o CDC, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018). Dessa maneira, ciente de que o Rol da ANS é solução concebida pelo próprio legislador para harmonização da relação contratual buscada nas relações consumeristas, também não caberia a aplicação insulada do CDC, alheia às normas específicas inerentes à relação contratual.

6. Não se pode perder de vista que se está a discutir direitos e obrigações da relação contratual que envolvem plano de saúde e usuário, e não o estabelecimento de obrigação de fazer ou de não fazer a terceiro, que nem mesmo integra a lide. A ANS, ao contrário do médico-assistente da parte litigante, analisa os procedimentos e eventos sob perspectiva coletiva, tendo em mira a universalização do serviço, de modo a viabilizar o atendimento do maior número possível de usuários. Mesmo o correto e regular exercício profissional da Medicina, dentro das normas deontológicas da profissão, usualmente possibilita ao profissional uma certa margem de subjetividade, que, por vezes, envolve convicções pessoais ou melhor conveniência, mas não pode nortear a elaboração do Rol.

7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delineia também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses – notadamente econômicos – da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar.

8. Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas. Com efeito, o entendimento de que o Rol - ato estatal, com expressa previsão legal e imperatividade inerente, que vincula fornecedores e consumidores - deve ser considerado meramente exemplificativo em vista da vulnerabilidade do consumidor, isto é, lista aberta sem nenhum paralelo no mundo, ignora que é ato de direito administrativo, e não do fornecedor de serviços, assim como nega vigência a diversos dispositivos legais, ocasionando antisseleção, favorecimento da concentração de mercado e esvaziamento

da competência atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica, com prejuízo para toda a coletividade envolvida. Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde (art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção neles, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada.

9. Em recentes precedentes específicos envolvendo a supressão das atribuições legais da ANS, as duas Turmas de Direito Público decidiram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras", "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021). Ademais, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (AgInt no REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021).

10. Diante desse cenário e buscando uma posição equilibrada e ponderada, conforme o entendimento atual da Quarta Turma, a cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de forma pontual, quando demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a prescrição do médico ou odontólogo que acompanha o paciente, devendo ser observados, prioritariamente, os contidos no Rol de cobertura mínima. Deveras, como assentado pela Corte Especial na esfera de recurso repetitivo, REsp n. 1.124.552/RS, o melhor para a segurança jurídica consiste em não admitir que matérias técnicas sejam tratadas como se fossem exclusivamente de direito, resultando em deliberações arbitrárias ou divorciadas do exame probatório do caso concreto. Ressaltou-se nesse precedente que: a) não é possível a ilegítima invasão do magistrado em seara técnica à qual não é afeito; b) sem dirimir a questão técnica, uma ou outra conclusão dependerá unicamente do

ponto de vista do julgador, manifestado quase que de forma ideológica, por vez às cegas e desprendido da prova dos autos; c) nenhuma das partes pode ficar ao alvedrio de valorações superficiais.

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. 12. No caso concreto, a parte autora da ação tem esquizofrenia paranoide e quadro depressivo severo e, como os tratamentos medicamentosos não surtiram efeito, *vindica a estimulação magnética transcraniana - EMT*, ainda não incluída no Rol da ANS. O Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme a Resolução CFM n. 1.986/2012, reconhece a eficácia da técnica, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas, esquizofrenias, bem como para o planejamento de neurocirurgia, mantendo o caráter experimental para as demais indicações. Consoante notas técnicas de NatJus de diversos Estados e do DF, o procedimento, aprovado pelo FDA norte-americano, pode ser mesmo a solução imprescindível para o tratamento de pacientes que sofrem das enfermidades do recorrido e não responderam a tratamento com medicamentos - o que, no ponto, ficou incontroverso nos autos. 13. Com efeito, como o Rol não contempla tratamento devidamente regulamentado pelo CFM, de eficácia comprovada, que, no quadro clínico do usuário do plano de saúde e à luz do Rol da ANS, é realmente a única solução imprescindível ao tratamento de enfermidade prevista na Classificação

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, notadamente por não haver nas diretrizes da relação editada pela Autarquia circunstância clínica que permita essa cobertura, é forçoso o reconhecimento do estado de ilegalidade, com a excepcional imposição da cobertura vindicada, que não tem preço significativamente elevado. 14. Embargos de divergência a que se nega provimento (g.n.).¹

O relatório médico de fls. 41/43 é firme em concluir que o autor, portador de transtorno psiquiátrico grave com ideação suicida, não respondeu aos tratamentos convencionais, sendo a terapia indicada a única opção viável. Assim, impõe-se a manutenção da sentença que determinou a cobertura do tratamento pleiteado, assegurando a efetividade do direito à saúde e à vida do paciente.

Nesse sentido, já decidiu esta C. Câmara, em relação ao mesmo procedimento:

APELAÇÃO. Plano de saúde. Ação condenatória. Sentença de procedência. Inconformismo da requerida. Autora, idosa, portadora de doença de Parkinson, com comprometimento funcional, não respondendo a terapia oral. Indicação médica de sessões de estimulação magnética transcraniana. Negativa de realização sob a alegação de exclusão contratual e fora do rol da ANS. A ausência de previsão expressa não se presta a obstar procedimento médico. Aplicação da Súmula 102 deste Tribunal. Sentença mantida. Recurso a que se nega provimento. (TJSP; Apelação Cível 1115015-54.2024.8.26.0100; Relator (a): José Rubens Queiroz Gomes; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 28ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/12/2024; Data de Registro: 04/12/2024)

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM RESSARCIMENTO DE DESPESAS E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. TRATAMENTO COM ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA (EMT) PARA FIBROMIALGIA. TAXATIVIDADE MITIGADA DO ROL DA ANS. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. PARCIAL PROVIMENTO. I. CASO EM EXAME. 1. Apelação cível

¹ EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luís Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.

interposta contra sentença que julgou parcialmente procedente ação de obrigação de fazer c.c. ressarcimento de despesas e indenização por danos morais, condenando a operadora de plano de saúde ao custeio do tratamento com Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) e ao pagamento de indenização por danos morais de R\$ 3.000,00. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. A questão em discussão consiste em determinar se o plano de saúde deve cobrir o tratamento com EMT para fibromialgia, diante da ausência no rol da ANS, e se a negativa de cobertura gera danos morais indenizáveis. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. O rol da ANS tem natureza de taxatividade mitigada, permitindo coberturas excepcionais quando evidenciada a eficácia científica do tratamento, nos termos do § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Lei nº 14.454/2022. 4. Estudos científicos, como o publicado na revista "Pain Practice", indicam a eficácia da EMT em fibromialgia, fundamentando a obrigatoriedade de cobertura. 5. Danos morais não configurados, uma vez que a negativa de cobertura, isoladamente, não gera abalo psíquico relevante a justificar reparação, em conformidade com o entendimento jurisprudencial desta Câmara. IV. DISPOSITIVO E TESE 6. Apelação parcialmente provida. Tese de julgamento: "A cobertura de tratamento com Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) é devida para casos de fibromialgia porque comprovada sua eficácia científica. O mero inadimplemento contratual, desacompanhado de prova de exposição a situação que fere os direitos da personalidade, não é suficiente para gerar danos morais." _____ Dispositivo relevante citado: CDC, art. 6º, incisos I e VIII; Lei nº 9.656/1998, art. 10, §§ 12 e 13; Lei nº 14.454/2022. Jurisprudência relevante citada: STJ, EREsp 1.886.929/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, 2ª Seção, j. 08.06.2022; Súmula 469/STJ; Súmula 100/TJSP (TJSP; Apelação Cível 1006000-50.2023.8.26.0565; Relator (a): Pastorelo Kfourir; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Caetano do Sul - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/11/2024; Data de Registro: 27/11/2024)

APELAÇÃO – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - Ação de obrigação de fazer, cumulada com pedido de indenização – Sentença de procedência parcial – Recurso da operadora – Autora portadora de depressão grave (CID F 32.3) refratária a medicamentos – Cobertura para abranger tratamento de estimulação magnética transcraniana (EMT) – Tratamento reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 1.986/2021 – Ausência de justificativa para limitação da cobertura do tratamento – Custeio do tratamento devido – Dano moral caracterizado – Indenização, fixada em R\$10.000,00, que se adequa aos parâmetros desta Câmara em casos semelhantes –



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Honorários advocatícios incidentes sobre o valor da causa, reduzida, diante da concordância da autora, para R\$ 43.000,00 – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1002406-55.2019.8.26.0084; Relator (a): Miguel Brandi; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/12/2023; Data de Registro: 12/12/2023)

Inviável, portanto, o afastamento da obrigação imposta, não sendo o caso de se acolher o pedido de reembolso formulado pelo autor apenas em sede de apelação, pois consiste em inovação recursal.

Ficam adequados os honorários advocatícios devidos pela ré para 20% do valor da causa atualizado, corrigido de ofício, vez tratar-se a matéria de questão de ordem pública.

3. Ante o exposto, *nega-se provimento aos recursos.*

ADEMIR MODESTO DE SOUZA
Relator