



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000345510

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1009895-34.2023.8.26.0269, da Comarca de Itapetininga, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, são apelados RAFAEL FIORAVANTE ALTERIO e RITA DE CASSIA ALBUQUERQUE.

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 ao recurso. 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), PASTORELO KFOURI E FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI.

São Paulo, 8 de abril de 2025.

MIGUEL BRANDI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO N° : 2025/50705
APEL. N° : 1009895-34.2023.8.26.0269
COMARCA: ITAPETININGA
APTE. : BRADESCO SAÚDE S/A
APDO. : RAFAEL FIORAVANTE ALTERIO E OUTRO
JUIZ : DIEGO MIGLIORINI JUNIOR

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, COMBINADA COM INDENIZAÇÃO – Plano de assistência à saúde – Coautora que teve que passar pela cirurgia de “embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular” e “angiografia digital cerebral” e coautor por implante percutâneo de válvula aórtica (TAVI), para tratamento de estenose aórtica, cujas coberturas foram negadas pelo plano – Ação julgada procedente – Insurgência da operadora – Alegação de que as despesas apresentadas não estão albergadas pelo Rol da ANS – Descabimento – Tratamentos que comprovadamente são eficientes para tratar os quadros clínicos dos autores, comprovados documentalmente – Julgamento que atende aos critérios para cobertura estabelecidos pelo STJ nos EREsp's 1.886.929/SP e 1.889.704/SP – Sentença mantida – RECURSO DESPROVIDO.

Trata-se de apelação, interposta contra a sentença de fls. 315/320, pela qual restou julgada procedente a ação de obrigação de fazer, combinada com indenização ajuizada pelos apelados em face da operadora apelante, para condenar esta “a arcar com as despesas do exame de Angiografia Digital Cerebral e implante percutâneo de válvula aórtica além dos custos hospitalares e outros exames descritos na inicial [...] no valor apontado na inicial devidamente corrigido e acrescido de juros legais a partir do desembolso”, condenando-a, ainda, ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 15.000,00 para cada autor, corrigido e acrescido de juros legais a contar da sentença. Condenou-a, finalmente, ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, fixados em 10% sobre

o valor da condenação.

Embargos declaratórios opostos pelos autores às fls. 323, acolhidos pela decisão de fls. 324, sanando erro material, já integrado no parágrafo anterior.

Embargos declaratórios opostos pela operadora requerida às fls. 325/331, rejeitados pela decisão de fls. 334.

Inconformada, apela a operadora requerida (fls. 337/366), alegando, em síntese, que “não houve qualquer ilegalidade no reembolso realizado”, pois “o contrato firmado entre as partes é de seguro com reembolso, razão pela qual qualquer valor despendido deve respeitar os limites contratuais de restituição”. Pontua que foram localizadas em sistema três das quatro despesas mencionadas pelos autores em sua exordial, não sendo localizada a despesa de R\$ 178.923,59, “ou seja, a apelada sequer enviou a despesa acima elencada para apelante e, mesmo assim, aduz que não recebeu o reembolso dos valores – fato este não observado pelo Juízo”.

Pontua que “o reembolso da despesa de 07/03/2023 não pode ser autorizado, uma vez que se tratam de despesas com procedimentos que não estejam em conformidade com a Lei nº 9.656 e resoluções”, isto é, “uma vez que o pedido não foi realizado nos termos das DUT's e as leis regentes, não poderia ser reembolsado” (*sic*). Anota, ainda, que os reembolsos devem se dar dentro dos valores previstos do contrato, jamais excedendo seus limites, o que teria sido demonstrado pela apelante, não havendo “qualquer ilícito ou incorreção nos reembolsos realizados”.

Nesse sentido, inexistindo qualquer ilícito praticado pela parte, não são devidos valores a título de indenização por danos

morais, destacando, contudo, precedente do Superior Tribunal de Justiça no sentido que o descumprimento de cláusulas contratuais não gera, por si só, ilícito apto a gerar danos morais.

Pugna pelo provimento do recurso, com a improcedência da ação. Subsidiariamente, postula que o índice de atualização monetária seja a taxa SELIC, conforme precedentes do STJ que transcrevem.

Contrarrazões apresentadas às fls. 372/378.

Pelo despacho de fls. 381/385, foram requisitados documentos complementares para consulta do caso ao NAT-JUS, que apresentou as Notas Técnicas de fls. 407/412 (tratando da enfermidade e tratamento da coapelada RITA – Nota Técnica nº 6714/2024 – NAT-JUS/SP) e fls. 503/506 (tratando da enfermidade e tratamento de RAFAEL – Nota Técnica nº 0714/2025 – NAT-JUS/SP), para que o julgamento do recurso atenda aos critérios estabelecidos pela Segunda Turma do Superior Tribunal de Justiça para a verificação da obrigatoriedade de tratamento por uma operadora de plano de assistência à saúde, conforme os EREsp's nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP.

Este recurso chegou ao Tribunal em 10.05.2024, sendo a mim distribuído livremente em 21.05, com conclusão final, após a tramitação acima explanada, em 18.03.2025 (fls. 519). Estudo e voto concluídos em 21.03.

Breve relato.

O recurso não merece provimento.

A sentença merece ser mantida pelos seus próprios fundamentos, que ficam adotados como razão de decidir pelo desprovimento do recurso, nos termos do art. 252 do Regimento Interno

desta Corte, pelo qual *“nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la”*.

Referido dispositivo é irrestritamente adotado por este Tribunal, em observância ao princípio da razoável duração dos processos, bem como para evitar repetições inúteis e procrastinatórias.

A medida possui aceitação pacífica pelo Superior Tribunal de Justiça, que estatuiu 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 decisum¹”*.

Assim foi decidido:

“Inegável a relação consumerista que regula o contrato entre as partes e as vincula e em situações de urgência e ou emergência, a limitação de cobertura por parte das operadoras de saúde configura prática abusiva, afrontando direitos básicos do consumidor, conforme estabelecido no Código de Defesa do Consumidor (art.51, IV, CDC) e na Lei n. 9.656 / 1.998.

De fato a Súmula 102 do TJSP prescreve que é abusiva a negativa de cobertura de custeio havendo prescrição médica, ainda que se argumente que se trate de experimento ou não previsão no rol da ANS.

A negativa da ré para não reembolsar o autor é que a ANS editou a Resolução Normativa nº 465, de 2021, sendo que o STJ decidiu que o rol contido nessa resolução é taxativo e nele não consta o exame realizado e pago pelo autor não pode arcar com despesas não descritas no contrato.

De início, observo que a inserção do marca passo e os procedimentos a que foram submetidos os autos não se encontram descritos nas Exclusões fls.252/253.

Pois bem, existe previsão para o implante de marca-passo bicameral na Resolução Normativa 465/2021, em seu Anexo II DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE COMPLEMENTAR (item40). Ainda que assim não fosse, tal recusa, indevida, se sobrepõe ao próprio objeto do contrato, que é o de preservar a saúde

¹ REsp n.º 662..272/RS, 2ª T., Rel. Min. João Otávio Noronha, j. 04.09.2007; REsp n.º 491.963/ES, 2ª T., Rel. Min. Castro Meira, j. 21.11.2005, entre vários outros.

dos autores. De fato, contrata-se um plano de saúde na esperança de estar amparado em caso de vir a ser acometido por alguma doença, sofrer um trauma, ainda, necessitar cirurgia, exame ou tratamento.

Objetivo contratual da assistência médica comunica-se necessariamente, com a obrigação de restabelecer ou procurar restabelecer, através dos meios técnicos possíveis e disponíveis, a saúde do contratante.

O contrato de plano de saúde é um contrato de trato sucessivo, cuja finalidade é proteger a vida humana, não podendo os lucros visados pelas seguradoras em seu ramo de atividade se sobrepor ao bem jurídico tutelado.

Qualquer óbice ao tratamento indicado pelo médico atenta contra o contrato e sua razão de existir no mundo jurídico, ou seja, sua função social. Ilícita, portanto, a negativa de cobertura. O STJ já decidiu que é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde o custeio dos meios necessários ao melhor desempenho do tratamento (AREsp n.354.006/DF, Rel Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 12/08/2013)

Destarte, as despesas tidas em consequência dos exames e tratamentos aos quais se submeteram os autores e as deles decorrentes devem ser assumidas integralmente pela ré.

Foram os médicos de confiança dos autores que solicitaram os exames, procedimentos e a colocação do marca passo e o caso se encaixa na Súmula 96 do TJSP: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento.

O médico e não o plano de saúde é quem deve decidir sobre os meios, o tratamento e os insumos necessários e indispensáveis ao tratamento do paciente sob sua responsabilidade e a cláusula contratual que exclui o que foi aviado pelo médico é restritiva e abusiva.

O Marca passo tem natureza de órtese sendo inerente ao ato cirúrgico, assim como os materiais e insumos próprios e necessários à cirurgia ou procedimento, que obviamente estão ligados ao sucesso do próprio procedimento e eficácia do tratamento, evidente que sua colocação evitou o risco de morte do autor.

A angiografia cerebral é um exame importante para investigar problemas nos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro. Hemorragias, tumores e coágulos são algumas condições diagnosticadas e tratadas com o suporte desse teste, que coleta imagens internas da cabeça. Portanto, necessário ao diagnóstico e prognósticos de pacientes, preventivo de problemas como derrame, aneurismas, vasculite e estenoses.

Serviço prestado deve ser para preservar e recuperar a saúde

do paciente, o marca passo era necessário em razão do problema que acometia o autor e o médico que o atendeu, responsável pela sua vida naquele momento, decidiu que a colocação do aparelho era a solução adequada.

Os exames a que foram submetidos os autores foram necessários para que os médicos chegassem à conclusão de qual tratamento seria o mais eficaz para debelar o problema que os acometia, culminando com a implantação o marca-passo. A angiografia a que foi submetida a autora é fundamental para um eventual planejamento cirúrgico e investigação a respeito dos vasos que irrigam o cérebro.

E tem mais, ainda que os exames e procedimentos não constassem no rol de procedimentos da ANS, este nada mais é do que uma lista exemplificativa mínima que contém exames, medicamentos, cirurgias dentre outros procedimentos que os planos de saúde devem oferecer ao consumidor, pacientes, mas é usado pelas operadoras como limite para recusa.

Cabe aqui a observação de Cláudia Lima Marques, no sentido que, em contratos de plano de saúde, 'exclusões genéricas desequilibram o conteúdo do contrato de seguro saúde, de planos de saúde e dos demais seguros relacionados à saúde' (in Contratos no CDC, RT, 4ª ed.p.838).

A interpretação das cláusulas contratuais deve ser feita em prol da contratante beneficiária, a fim de garantir sua saúde e em observância à própria função social do contrato.

A cobertura obrigatória do plano de saúde não decorre apenas da disposição específica da Lei n.º 9.656/98, nem está circunscrita às possibilidades de tratamento aos procedimentos listados no rol de serviços médico-hospitalares editado pela ANS, mas especialmente da observância ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Por fim, em 21/09/2022 foi sancionada Lei 14.454/22, que embora alvo de ação no STF, continua em vigor e estabelece critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamento de saúde que não estão incluídos no rol de procedimento e eventos em saúde suplementar, sobretudo da eficácia comprovada.

O dano moral é inquestionável, pois evidente a preocupação e aflição, sobretudo de quem acaba de receber um marca passo. A falta de sensibilidade é evidente e hialina.

Sobre o tema, pacífico na Jurisprudência do Colendo Superior Tribunal de Justiça que: 'Não há falar em prova do dano moral, mas, sim, na prova do fato que gerou a dor, o sofrimento, sentimentos íntimos que o ensejam' (3ª Turma - REsp nº 86.271/SP - Relator Ministro Menezes Direito).

Paga-se um plano de saúde para que no momento que venha a necessitar ele esteja pronto a atuar em prol da saúde do pagador, é dizer, seja prontamente atendido, independente da

espécie de procedimento ou cirurgia que venha necessitar e não que venha lhe trazer problemas sendo contrárias às expectativas.

Segundo a melhor doutrina os valores das indenizações pelo dano moral devem ser definidos com total observância dos critérios de proporcionalidade e razoabilidade, levando ainda em consideração o Juízo, o fato de que a reparação pelo dano suportado, deva ser compreendida como justa punição contra aquele que atenta contra a honra, o nome ou, a imagem de outrem.

Destarte, acompanhando a jurisprudência, tenho que R\$ 15.000,00 para cada autor seja valor justo para indenização”.

Manifesta a clareza com que o Magistrado de Primeiro Grau proferiu a decisão objurgada, analisando minuciosamente as questões, ora deduzidas em grau recursal, em nada infirmadas pelas razões recursais.

Assim, qualquer nova consideração por esta Corte seria uma desnecessária redundância.

Com efeito, as alegações recursais impugnam genericamente os fundamentos da sentença, não apresentando argumento de ordem fática ou jurídica que pudessem infirmá-los.

Não se diga ser a adoção/ratificação dos fundamentos da sentença em Segundo Grau fruto de comodismo – bem ao contrário; o artigo 252 do Regimento Interno deste Tribunal foi **mantido** após atualização desta norma à luz do Código de Processo Civil de 2015, cujas reformas primam pela maior atuação e registro do empenho decisório do Magistrado em suas fundamentações.

Acrescento, por importante, que o NAT-JUS é, a meu sentir, órgão meramente consultivo do Judiciário, exclusivamente destinado a prover informações médicas específicas em casos de lacunas legais, quando a cobertura para um tratamento, procedimento ou medicamento não restar clara da lei ou das normas que regem os planos

de assistência à saúde, sendo seus pareceres (pelo órgão denominados de “respostas/notas técnicas”), ainda assim, de natureza persuasiva, nunca vinculante.

No caso, mesmo com o arcabouço documental idêntico apresentado pelos autores/apelados, cada um detalhando os relatórios médicos e os tratamentos feitos até o momento para suas enfermidades, o NAT-JUS elaborou parecer favorável à cobertura do tratamento de RITA e “desfavorável por falta de dados” para RAFAEL.

De fato, tenho que, ao revés do quanto afirmado pelo órgão – no sentido de que *“não foi enviado relatório médico detalhado (com exames circunstanciados que suportem a alegação da estenose) sobre o estado clínico do paciente, o que impediu uma melhor apreciação da indicação”* a parte apresentou desde a exordial documentos que dão segura conta da enfermidade pelo coautor e dos tratamentos a que se submeteu até o momento (fls. 113 e seguintes), culminando no procedimento prescrito e negado pela operadora, objeto da ação, o qual, segundo consignado pelo próprio NAT-JUS em sua Nota Técnica, *“em pacientes com obstrução da artéria carótida interna acima de 80%, o procedimento solicitado deve ser indicado. O procedimento é eficaz, consideradas as condições clínicas do paciente e controladas as comorbidades do paciente, o que pode melhorar o sucesso do procedimento”*, que trará a *“melhora do quadro clínico, caso seja sintomática. Redução de chance de embolia e hipofluxo ao Sistema Nervoso Central”*, razão mais que suficiente para, no quadro apresentado, autorizar sua cobertura.

Por todo o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, majorando os honorários advocatícios para 20% do valor



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

atualizado da condenação (10% em Primeira Instância e 10% nesta), nos termos do art. 85, §11, do CPC.

MIGUEL BRANDI
Relator