



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000352054

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1014375-95.2024.8.26.0309, da Comarca de Jundiaí, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, é apelada LAURA BEATRIZ OLIVEIRA DOS SANTOS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores AFONSO BRÁZ (Presidente sem voto), DOMINGOS DE SIQUEIRA FRASCINO E PAULO SERGIO MANGERONA.

São Paulo, 9 de abril de 2025.

LÉA DUARTE
Relatora
Assinatura Eletrônica

Recurso nº:
Apelante:
Apelado:
Foro e vara de origem:

1014375-95.2024.8.26.0309
Bradesco Saúde S/A
Laura Beatriz Oliveira dos Santos
Foro de Jundiaí/1ª Vara Cível

Ementa: DIREITO DO CONSUMIDOR E CIVIL. SEGURO SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS. NEGATIVA INDEVIDA. AUSÊNCIA DE PROVAS DA INADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO. ABUSIVIDADE. CONDENAÇÃO AO PAGAMENTO. JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA. PARCIAL PROVIMENTO DO RECURSO.

I. CASO EM EXAME

1. Ação de obrigação de fazer, com pedido de tutela de urgência, em que a autora, beneficiária de seguro saúde, requereu o reembolso das despesas com procedimento cirúrgico indicado para tratar disfunção temporomandibular. Sentença de procedência, condenando a requerida ao pagamento de R\$ 68.727,12, com correção monetária pela tabela prática do TJSP e juros de mora de 1% ao mês, desde a citação. Apelação da ré pleiteando a improcedência da ação ou, subsidiariamente, a aplicação da taxa SELIC como índice de atualização monetária.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é abusiva a negativa de cobertura pelo plano de saúde; e (ii) estabelecer os critérios de atualização monetária e juros aplicáveis à condenação.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O plano de saúde não apresentou nos autos os relatórios médicos e cópia integral da junta médica com vistas a comprovar a sua alegação de que a cirurgia seria desnecessária ao caso da autora, ônus que lhe incumbia, de acordo com o art. 373, II, do CPC. Apenas juntou trecho embaçado e ilegível do parecer da junta médica, que não pode ser considerado.

4. Portanto, presume-se verdadeira a alegação da autora de que a cirurgia era mesmo necessária ao seu caso, devendo o plano de saúde custear o reembolso.

5. O recurso comporta parcial provimento apenas com relação ao pedido subsidiário de ajuste dos consectários legais. A Lei nº 14.905/2024 entrou em vigor no dia 01.09.2024, e trouxe alterações com relação aos juros moratórios e correção monetária nos processos judiciais. A sentença destes autos foi proferida em 09.10.2024, portanto, posteriormente ao início de vigência da referida lei. Dessa forma, o valor devido nestes autos será acrescido de juros de acordo com a taxa legal a partir da data da citação e de correção monetária pelo índice IPCA a partir da data do arbitramento (súmula 362/STJ), nos termos dos arts. 389, 404 e 406 do Código Civil, com a nova redação dada pela Lei nº 14.905/2024.

IV. DISPOSITIVO E TESE

8. Recurso parcialmente provido para ajustar os critérios de correção monetária e juros conforme a Lei nº 14.905/2024.

Tese de julgamento: Ao alegar que o tratamento é desnecessário ou inadequado, cabe à operadora do plano de saúde apresentar provas técnicas das suas alegações, nos termos do art. 373, II, do CPC, sob pena de ser condenada a custear-lo.

Dispositivos relevantes citados: CDC, art. 51, §1º, I, II e III; CPC, art. 373, II; CC, arts. 389, 404 e 406 (com redação dada pela Lei nº 14.905/2024).

Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp nº 1.795.982/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi; TJSP, Apelação nº 0129069-96.2011.8.26.0100, Rel. Des. Percival Nogueira; STJ, REsp nº 519.940/SP, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito.

Trata-se de ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência em que a parte autora, aduziu ser beneficiária de seguro-saúde contratado junto à requerida e ter sido diagnosticado com disfunção temporomandibular desarranjo interno (CID K07.6) e lhe foi prescrito o tratamento de “Artroscopia para diagnóstico bilateral” “Artroplastia para luxação da articulação temporomandibular bilateral” e “Tratamento cirúrgico da articulação temporomandibular via artroscopia bilateral”. Disse que foi submetida ao procedimento cirúrgico no dia 05/08/2023, com cirurgia e hospital particular e requereu o reembolso das despesas junto ao réu, por possuir seguro saúde. Afirmou que a ré se recusou a proceder ao reembolso, sob o fundamento que o que o procedimento não faz parte do rol da ANS. Objetiva, em síntese, seja a requerida compelida a custear o tratamento indicado para a moléstia.

Foi proferida sentença que julgou procedente a ação para confirmar a tutela de urgência e condenar a requerida a pagar à autora, a título de indenização por danos materiais, a importância equivalente a R\$ 68.727,12 com correção monetária pela Tabela Prática do TJSP desde o ajuizamento da ação e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês desde a citação (fls. 226/231).

O requerido apelou, requerendo, em suma, a improcedência da ação, ou, subsidiariamente, a aplicação da taxa SELIC como índice de atualização monetária ao caso concreto até agosto de 2024, não podendo ser cumulada nem mesmo com os juros de mora, e, após a referida data, a correção ocorrerá nos termos da Lei (fls. 238/282).

É o relatório.

Os argumentos apresentados pelo requerido no seu recurso com relação ao pedido de reforma da sentença, com a improcedência da ação, já foram devidamente analisados e rejeitados pela sentença, que deve ser ratificada quanto a tal ponto, nos termos do art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP, por não haver nenhum fundamento de fato ou de direito novo relevante a ser apreciado:

“(…)

Primeiramente, não há dúvida de que o contrato estabelecido entre as partes é regido pelo Código de Defesa do Consumidor, sendo as diferenças entre o denominado seguro saúde e o plano de saúde irrelevantes ao desate da causa.

Para fins de fiscalização pela ANS, o seguro saúde é tratado como um plano privado de assistência à saúde, conforme a Lei nº 10.185, de 2001; apenas para fins práticos é que existe diferença entre seguro e plano de saúde: no seguro saúde, o reembolso é a regra, possibilitando livre escolha de médicos e hospitais; para os planos de saúde, o reembolso é excepcional, sendo fechada a rede de hospitais, laboratórios e médicos, cabendo ao paciente apenas a escolha entre os estabelecimentos e profissionais credenciados.

O ponto nodal da lide, em verdade, está na verificação quanto à validade da cláusula limitativa de cobertura ao argumento de não fazer parte do rol da ANS.

Indaga-se: espera-se do fornecedor de serviço de saúde - que, mediante contraprestação em pecúnia, assume a obrigação de arcar com os custos de intervenção médico-hospitalar - que quando da realização de sua contraprestação

arque apenas parcialmente com o obrigado, permitindo a intervenção, mas negando-se em fornecer todos os materiais indispensáveis à completa solução do problema?

A resposta é negativa. Se é negativa, tal conduta é escorada em cláusula negocial inválida, devendo ser afastada, ex vi do artigo 51, §1º, incisos I, II e III, da Lei sob o nº 8.078/1990.

Nesse sentido, mutatis mutandis:

"Plano de saúde. Prostatectomia radical. Incontinência urinária. Colocação de prótese: esfíncter urinário artificial. 1. Se a prótese, no caso o esfíncter urinário artificial, decorre de ato cirúrgico coberto pelo plano, sendo consequência possível da cirurgia de extirpação radical da próstata, diante de diagnóstico de câncer localizado, não pode valer a cláusula que proíbe a cobertura. Como se sabe, a prostatectomia radical em diagnóstico de câncer localizado tem finalidade curativa e o tratamento da incontinência urinária, que dela pode decorrer, inclui-se no tratamento coberto, porque ligado ao ato cirúrgico principal. 2. Recurso especial conhecido e desprovido" (REsp. nº 519.940/SP, 3ª Turma, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito).

"Plano de saúde. Substituição de prótese peniana. Nulidade da cláusula contratual excludente de cobertura para o fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza. Ocorrência. Existência de vedação, no art. 10, VII, da Lei 9.656/98, de exclusão do fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios desde que ligados ao ato cirúrgico. Irrelevância de não constar no rol da ANS. Material ligado ao ato cirúrgico. Cláusula, ademais, que deve ser interpretada favoravelmente ao consumidor. Abusividade. Configuração. Violação do equilíbrio contratual e da boa-fé objetiva. Cláusula que coloca a consumidora em desvantagem exagerada ao se ver impedida, no momento oportuno, de receber o tratamento de que necessita. Descumprimento do dever anexo de informação, impossibilitando à aderente de ter pleno conhecimento do teor do contrato e das exclusões de responsabilidade. Precedentes jurisprudenciais, inclusive da Câmara. Inteligência dos arts. 46, 47 e 51, IV, da Lei nº 8.078/90. Sentença mantida. Apelo desprovido" (TJSP, apelação nº 0129069- 96.2011.8.26.0100, Rel. Percival Nogueira, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 15/03/2012).

Dessa feita, não há como se afastar a procedência do pedido relativo à obrigação de fazer, diante da nulidade da cláusula de exclusão do procedimento em tela, máxime com prescrição médica.

Quanto à pretensão ressarcitória, como consequência lógica da nulidade da cláusula de exclusão da cobertura em debate, tem-se que desde a primeira prescrição médica já existia a obrigação de cobertura integral do tratamento pela ré que, no entanto, se recusou a fornecê-lo.

Assim, inegável que o valor despendido pela parte autora para custeio do tratamento deverá ser integralmente ressarcido pela parte ré, conforme fls. 60/62.

É tudo o que basta para a solução desta lide.

Os demais argumentos tecidos pelas partes não são capazes de infirmar a conclusão deste juiz. Neste sentido, o enunciado nº 12, da ENFAM: "Não ofende a norma extraível do inciso IV do § 1º do art. 489 do CPC/2015 a decisão que deixar de apreciar questões cujo exame tenha ficado prejudicado em razão da análise anterior de questão subordinante. (...)".

Em relação à procedência da ação, acrescento que o plano de saúde não apresentou nos autos os relatórios médicos e cópia integral da junta médica com vistas a comprovar a sua alegação de que a cirurgia seria desnecessária ao caso da autora, ônus que lhe incumbia, de acordo com o art. 373, II, do CPC. Apenas juntou trecho embaçado e ilegível do parecer da junta médica, que não pode ser considerado (fls. 91/92).

Portanto, presume-se verdadeira a alegação da autora de que a cirurgia era mesmo necessária ao seu caso, devendo o plano de saúde custear o reembolso.

O recurso comporta parcial provimento apenas com relação ao pedido subsidiário de ajuste dos consectários legais.

Antes da entrada em vigor da lei nº 14.905/2024, utilizava-se a taxa SELIC como índice de correção monetária, conforme decisão do STJ no REsp n. 1.795.982/SP e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

A Lei nº 14.905/2024 entrou em vigor no dia 01.09.2024, e trouxe alterações com relação aos juros moratórios e correção monetária nos processos judiciais. A sentença destes autos foi proferida em 09.10.2024, portanto, posteriormente ao início de vigência da referida lei.

Dessa forma, o valor devido nestes autos será acrescido de juros de acordo com a taxa legal a partir da data da citação e de correção monetária pelo índice IPCA a partir da data do arbitramento (súmula 362/STJ), nos termos dos arts. 389, 404 e 406 do Código Civil, com a nova redação dada pela Lei nº 14.905/2024.

Ante o exposto, pelo meu voto, **DOU PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso para ajustar os consectários legais, determinando que o valor devido será acrescido de juros de acordo com a taxa legal a partir da data da citação e de correção monetária pelo índice IPCA a partir da data do arbitramento, nos termos dos arts. 389, 404 e 406 do Código Civil, com a nova redação dada pela Lei nº 14.905/2024.

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).

LÉA DUARTE
Relatora