



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000350878

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1077713-91.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelado ADRIANA MARTINS DOS SANTOS FERNANDES.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª 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 ALVARO PASSOS (Presidente) E GIFFONI FERREIRA.

São Paulo, 9 de abril de 2025.

JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº 51672

Apelação Cível nº 1077713-91.2024.8.26.0002

Apelante/ré: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Advogado: Ricardo Yamin Fernandes (Fls: 302)

Apelada/autora: Adriana Martins dos Santos Fernandes

Advogados: Rafael Henrique Oliveira de Carvalho (Fls: 26) e outro

Juiz: Dr. Carlos Alexandre Aiba Aguemí

Vara de Origem: 11ª Vara Cível do Foro Regional de Santo Amaro

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. Recurso improvido.

I. Caso em Exame. Recurso de apelação interposto contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer, tornando definitiva decisão liminar para condenar a ré a prover cobertura de tratamento médico envolvendo procedimento cirúrgico para lesão no manguito rotador.

II. Questão em Discussão. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de plano de saúde pode negar cobertura de materiais solicitados pelo médico assistente, alegando alto custo e falta de consenso na literatura médica sobre sua eficácia.

III. Razões de Decidir. O Código de Defesa do Consumidor permite cláusulas que limitam direitos, desde que redigidas com destaque. A operadora pode estabelecer restrições, mas não pode escolher o tratamento adequado ao paciente, decisão que cabe ao médico assistente.

A Lei nº 14.454/2022 alterou a Lei de Planos de Saúde, estabelecendo que o rol da ANS não é taxativo, devendo a cobertura ser autorizada desde que comprovada a eficácia do tratamento. A negativa de cobertura contraria o art. 51, IV do Código de Defesa do Consumidor, colocando o consumidor em desvantagem.

IV. Dispositivo e Tese. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde não pode escolher o tratamento ou materiais cirúrgicos, decisão que cabe ao médico assistente. 2. Cobertura deve ser autorizada conforme a Lei nº 14.454/2022.

Trata-se de recurso de apelação, tempestivo e bem processado, interposto contra r. sentença de fls. 362/367, que julgou procedente a presente ação para tornar definitiva a decisão liminar. Diante da sucumbência, arcará a ré com as custas e despesas do processo, além dos honorários advocatícios que foram fixados equitativamente em R\$ 2.000,00.

Inconformada, apela a ré as fls. 387/399, alegando, em suma, que em todos os procedimentos a junta médica é instaurada para se averiguar a pertinência não só dos próprios procedimentos, como também dos materiais a serem empregados. Bate-se pela legalidade da instauração da junta médica, que deferiu a cobertura do procedimento nos limites do laudo proferido. Aduz que os materiais desnecessários solicitados pelo médico assistente da parte autora possuem alto custo para a operadora. Pugna pela improcedência da ação.

Contrarrazões as fls. 407/410.

É o relatório.

Presentes os requisitos, foi possível o juízo positivo de admissibilidade do recurso, razão pela qual foi processado e está em condições de julgamento.

Trata-se de Ação de Obrigação de Fazer através da qual a parte autora aduz que celebrou com a ré a contratação de plano de saúde e que, a despeito de manter em dia os pagamentos das mensalidades, teve negada cobertura de tratamento médico a envolver procedimento cirúrgico para tratar lesão no manguito rotador. Pugna pela condenação da ré a prover a devida cobertura.

A r. sentença julgou procedente a demanda.

Insurge-se a ré.

Pois bem.

É certo que o Código de Defesa do Consumidor, a exemplo do Código Civil no capítulo destinado aos seguros, permite as cláusulas que limitam os direitos do consumidor, apenas exigindo que sejam redigidas com destaque, para possibilitar sua compreensão.

Assim, é do direito da apelante estabelecer cláusulas, restringindo a cobertura securitária. Entretanto, o argumento exposto para negar a cobertura do procedimento requerido não pode ser tido como apto para tanto.

Depreende-se dos autos que a autora padeceu de lesão no manguito rotador, sofrendo com dores e limitações no movimento, motivo pelo qual lhe foi prescrito procedimento cirúrgico pelo corpo clínico que lhe assiste.

Entretanto, o procedimento foi negado pela requerida, após parecer apresentado por junta médica que analisou o caso, sob o argumento de que não existe consenso na literatura médica a respeito da eficácia de alguns dos materiais indicados.

O que se vislumbra é que a ré pretendeu escolher o tratamento adequado a paciente, o que não se pode admitir, eis que esta escolha deve ser feita pelo corpo clínico que assiste a parte e não pelo plano de saúde através de junta médica.

Ora, a jurisprudência da Câmara e do Tribunal é no sentido de que, uma vez prescrito por médico de confiança, como tal ocorre aqui, nem a ANS, cujo rol não é exaustivo, nem a operadora, ainda

que seus médicos dissintam da eficácia, podem escolher o procedimento ou materiais cirúrgicos.

No mais, no que tange a alegada taxatividade do rol da ANS, observa-se que a questão foi superada, uma vez que foi sancionada lei que obriga os planos de saúde a arcarem com tratamentos que não estejam na lista de referência básica da ANS.

De se verificar que, com o advento da Lei nº 14.454/2022, a qual introduziu o § 13 no art. 10 da Lei nº 9.656/98, foi alterada a Lei de Planos de Saúde, para consignar expressamente que o rol da ANS não é taxativo, devendo a cobertura ser autorizada pela operadora dos planos de saúde, desde que *“exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico”* (inciso I), ou que *“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”* (inciso II).

Portanto, o caso dos autos preenche os requisitos legais, pois se insere na hipótese disposta no inciso I, § 13, artigo 10 da Lei de nº 9.656/98, alterada pela Lei nº 14.454/2022, pois restou demonstrada a necessidade do tratamento para cura da patologia.

Ademais, o comportamento da ré contraria o quanto disposto no art. 51, IV do Código de Defesa do Consumidor, pois coloca a autora em exagerada desvantagem, retirando-lhe a chance de realizar procedimento médico imprescindível para manutenção de sua saúde.

Além disso, não é a seguradora de saúde ou sua

junta médica que deve eleger o tratamento mais adequado e proveitoso para a paciente, mas sim o médico que a assiste e inclusive responde civilmente por eventual erro médico, mesmo não sendo credenciado ao plano de saúde. Sendo assim, despcienda a produção de provas.

Nesse sentido, esta Relatoria também já se manifestou em julgamentos de casos análogos:

Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer com pedido de tutela antecipada. Negativa de cobertura de cirurgia bucomaxilofacial com a utilização de material cirúrgico importado. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Cláusula de restrição de cobertura de material importado. Inadmissibilidade. Falta de comprovação de que o material importado possa ser substituído por um nacional. Necessidade da cirurgia incontroversa diante de relatório médico. Não cabe à operadora escolher o tipo de material a ser utilizado na cirurgia, mas ao médico responsável pelo tratamento. Tratamento de caráter médico, com finalidade de restaurar ao autor suas funções normais. Aplicabilidade do CDC e da Lei 9656/98 à espécie. Abusividade configurada. Sentença mantida. Recurso improvido. (AP N. 0021023-68.2011.8.26.0114; mesma relatoria; comarca: Campinas; Órgão julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 31/07/2012; Data de registro: 03/08/2012).

“Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer

c.c. pedido de indenização por danos morais. Negativa de cobertura de cirurgia com a utilização de materiais requisitados pelo médico que assiste o autor. Necessidade da cirurgia e dos materiais incontroversa diante de relatório médico. Não cabe à operadora escolher o tipo de procedimento ou material a ser utilizado na cirurgia, mas ao corpo clínico responsável pelo tratamento. Abusividade configurada. Autor que decaiu de parte do pedido. Sucumbência que deve ser considerada recíproca. Recurso parcialmente provido.” (TJSP; Apelação Cível 1000120-89.2016.8.26.0220; mesma relatoria; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Guaratinguetá - 3ª Vara; Data do Julgamento: 04/10/2016; Data de Registro: 04/10/2016)

Assim, fica configurada a obrigação da ré em dar cobertura integral ao procedimento e materiais correlatos, como determinado na r. sentença, que fica mantida.

Em razão da fase recursal, majoram-se os honorários advocatícios para o montante de R\$2.800,00.

Do exposto, nega-se provimento ao recurso.

JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS
RELATOR