



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000367706

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001556-49.2022.8.26.0228, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelado MAURÍCIO KUNIS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 5ª 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 JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente sem voto), J.L. MÔNACO DA SILVA E JAMES SIANO.

São Paulo, 14 de abril de 2025.

EMERSON SUMARIVA JÚNIOR

relator

Assinatura Eletrônica

Voto nº 9244

Apelação nº 1001556-49.2022.8.26.0228

Comarca: São Paulo – Foro Regional de Pinheiros

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelada: Maurício Kunis

Juiz(a): Dr(a). Luciana Bassi de Melo

Apelação. Plano de saúde. Ação ordinária. Pretensão de compelir a requerida a custear as cirurgias para tratamento de obesidade mórbida. Sentença de procedência. Recurso da ré. Expressa prescrição médica para realização do procedimento cirúrgico que torna injustificável a negativa manifestada pela requerida. Autor, diagnosticado com obesidade mórbida, que não pode ter negada a realização das cirurgias prescritas pelo médico que o assiste, sob o argumento de não preenchimento de requisitos editados pela ANS. Preenchimento, ademais, dos requisitos descritos na resolução normativa editada pela ANS (DUT nº 27), notadamente o IMC mínimo de 35 Kg/m², tendo como doenças associadas, refluxo gastroesofágico, diabetes, esteatose hepática, lombalgia, tornando-se arbitrária a negativa do custeio pela operadora de plano de saúde. Recurso não provido.

Trata-se de recurso de apelação interposto pela requerida contra a r. sentença de fls. 394/399, cujo relatório adoto, que julgou procedente a ação para condenar a ré a custear integralmente o procedimento cirúrgico para redução de estômago, quais sejam, gastroplastia, gastroenteroanastomose e enteroanastomose, conforme as determinações devidamente prescritas pelo especialista que acompanha o autor

Pela sucumbência, a requerida foi condenada a arcar com o pagamento das custas, despesas e honorários advocatícios, fixados em 10% do valor

da causa.

Irresignada, recorre a requerida, postulando a reforma integral da sentença, alegando, em síntese, que o autor não preenche os requisitos previstos pela ANS para a cirurgia bariátrica objeto dos autos. Alega, também, que não pode ser compelido a promover o reembolso integral de procedimentos realizados fora da rede credenciada.

Recurso tempestivo e preparado.

Contrarrazões as fls. 417/436.

É o relatório.

Cuida-se de ação ordinária em que o autor, portador de obesidade mórbida, necessita realizar cirurgias bariátricas, as quais foram recusadas indevidamente pela ré. Por isso, requer seja a operadora de saúde requerida compelida a autorizar e custear a realização das cirurgias descritas nos autos.

Contestação de fls. 149/157.

Encerrada a instrução processual, sobreveio julgamento de procedência da ação.

Pois bem.

Há que se considerar que pela celebração do seguro de assistência médica e hospitalar, as partes se envolveram em típica relação de consumo, “ex vi” do que preceituam os artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor.

Tendo as partes, portanto, celebrado contrato com previsão de cobertura de despesas relativas à assistência médico-hospitalar, sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, não poderia a empresa requerente negar ao autor, diagnosticado com obesidade mórbida, a realização de cirurgias bariátricas prescritas pelo médico que o assiste, sob o argumento de não preenchimento de requisitos editados pela ANS.

Isso porque, cabe ao médico que acompanha o paciente, e não ao plano de saúde, determinar qual o tratamento utilizado para a solução da moléstia, de modo que, havendo prescrição médica e sendo a moléstia abrangida pelo contrato, a recusa da ré é ilegal.

A corroborar o acerto da decisão, confira-se a Súmula nº 102,

editada pela Seção de Direito Privado deste Egrégio Tribunal de Justiça:

“Súmula 102. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento de sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”

Com efeito, a recusa de custeio revela-se abusiva, pois a cláusula restritiva em questão ofende o princípio da razoabilidade, caracterizando, assim, a abusividade descrita pelo art. 51, IV e §1º do CDC e 424 do CC, por instituir uma desvantagem exagerada ao consumidor que aderiu ao contrato de plano de saúde que é de adesão.

Acrescenta-se ainda que há ofensa à boa-fé e a equidade, não cabendo ao plano de saúde a escolha dos tratamentos, exames e medicamentos necessários na busca da cura de doença coberta pelo plano de saúde.

Não subsiste, ainda, a alegação de que o contrato alcança apenas aquilo que a ANS prevê, tendo em vista que as resoluções das agências reguladoras, como a ANS, por exemplo, não podem se sobrepor a lei vigente, em especial ao Código de Defesa do Consumidor, este aplicável aos contratos de seguro saúde.

O art. 10 da Lei nº 9.656/98 não deve ser interpretado, por força das regras igualmente aplicáveis de defesa do consumidor, na forma pretendida pela operadora, como se constituísse teto de cobertura, quando na realidade sua função é proteger o consumidor quanto ao mínimo que os contratos devem assegurar em termos de atendimento.

Ademais, o autor comprova, pelos relatórios médicos de fls. 23/28, ter preenchido os requisitos descritos na resolução normativa, notadamente o IMC mínimo de 35 Kg/m², tendo como doenças associadas: refluxo gastroesofágico, diabetes, esteatose hepática, lombalgia, tornando-se arbitrária a negativa do custeio pela operadora de plano de saúde.

Nesse sentido, tem-se o seguinte julgado desta Egrégia Corte:

“PLANO DE SAÚDE – OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C
INDENIZAÇÃO – NEGATIVA DE COBERTURA –

CIRURGIA BARIÁTRICA - R. sentença de improcedência - Necessidade de a autora em ser submetida à cirurgia - Negativa de cobertura sob a justificativa de que a autora não preencheria as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS (DUT nº 27), por não ter comprovado prévio tratamento clínico conservador ao menos por dois anos - Exigência que não se justifica - Não pode a resolução da ANS e nem a operadora do plano de saúde se sobrepor ao especialista e negar a cobertura, ainda que não tenha sido cumprido o prévio tratamento clínico pelo período de dois anos - Cabe apenas ao profissional especialista avaliar a necessidade ou não do procedimento - Preenchimento, ademais, dos requisitos descritos na resolução normativa, notadamente o IMC mínimo de 35 Kg/m² (autora possui IMC = 47 Kg/m²), tendo como doenças associadas, como refluxo gastroesofágico, hérnia lombar, apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial, alterações osteomusculares e doença coronariana - Dano moral configurado, ante a negativa injustificada de cobertura à necessária cirurgia para obstar as complicações decorrentes do excesso de peso e de outras tantas comorbidades que acompanham a obesidade em grau severo, caso da autora - Indenização fixada em R\$ 10.000,00 - Valor razoável para recompor o dano e a reprimir o ato - Sentença reformada para compelir a ré a custear o procedimento cirúrgico consoante especificação médica e para condenar a ré ao pagamento da indenização por danos morais - Ônus da sucumbência a cargo da ré - RECURSO PROVIDO.” (TJSP; Apelação Cível 1025518-77.2021.8.26.0506; Relator (a): Angela Moreno Pacheco de Rezende Lopes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Ribeirão Preto - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/08/2023; Data de Registro: 11/08/2023).

Por outro lado, à míngua de comprovação de que a empresa requerida disponibilizou em sua rede credenciada profissionais para a realização do procedimento cirúrgico objeto da ação, deve a requerida custear integralmente o

tratamento de saúde realizado pelos profissionais indicados pela autora.

Por fim, é necessário majorar os honorários de sucumbência, por força do artigo 85, § 11, do CPC, para o montante equivalente a 15% do valor atualizado da causa.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso.

EMERSON SUMARIVA JÚNIOR
Relator