



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000373758

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1011290-59.2023.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelada CATIA MARTINS SOLOMANDO.

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), ERICKSON GAVAZZA MARQUES E J.L. MÔNACO DA SILVA.

São Paulo, 15 de abril de 2025.

OLAVO PAULA LEITE ROCHA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação nº: 1011290-59.2023.8.26.0011
Parte Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde
Parte Apelada: Catia Martins Solomando
Comarca: São Paulo - Foro Regional de Pinheiros
Voto nº 01079

***APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE.
AÇÃO COMINATÓRIA DE OBRIGAÇÃO
DE FAZER C.C. PEDIDO DE
REEMBOLSO. CIRURGIA DE
FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE
DE LENTES INTRAOCULARES.
NEGATIVA DE FORNECIMENTO DAS
LENTE. ABUSIVIDADE.***

Havendo expressa indicação médica de profissional credenciado pela operadora, configura-se abusiva a negativa de cobertura do custeio de tratamento sob o argumento de não estar previsto no rol da ANS ou por se tratar de material importado. Inteligência da Súmula 102 do TJSP.

Procedimento de "Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação" previsto no rol da ANS para tratamento de catarata. Cobertura obrigatória que compreende os materiais inerentes à realização do procedimento cirúrgico.

A Lei n.º 14.454/2022 estabeleceu expressamente o caráter exemplificativo do rol de procedimentos da ANS, ampliando a obrigatoriedade de cobertura dos planos de saúde.

Não tendo a operadora instaurado formalmente o procedimento de junta médica previsto na RN n.º 424/2017 da ANS para resolução de divergência técnica, nem oferecido alternativas concretas equivalentes ao procedimento indicado pelo médico assistente, configura-se abusiva a recusa de cobertura, especialmente em caso de urgência.

SENTENÇA MANTIDA - RECURSO NÃO PROVIDO.

Vistos.

Trata-se de RECURSO DE APELAÇÃO interposto pela parte ré contra a sentença proferida às fls. 603/607, cujo relatório ora se adota, que julgou procedente a ação cominatória de obrigação de fazer c.c. pedido de reembolso.

Inconformada, a parte ré pugna pela reforma da sentença, sob a alegação de que a negativa de cobertura do tratamento que não consta no rol de coberturas mínimas obrigatórias da ANS foi uma conduta feita dentro da legalidade. Sustenta, em breve síntese, que o rol de procedimentos obrigatórios da ANS não deve ser visto como meramente exemplificativo, pois isso encareceria os planos de saúde e prejudicaria a livre concorrência. Destaca que o rol de procedimentos é, em regra, taxativo. Argumenta que a 4ª Turma do STJ firmou o entendimento no sentido de não ser abusiva a exclusão, pelo contrato de plano de saúde, de tratamentos médicos que não estão previstos no rol da ANS (REsp n.º 1.733.013/PR). Ressalta que os médicos prescrevem tratamentos com base em critérios subjetivos, levando em conta suas preferências pessoais, técnicas que gostam mais, não sendo possível afirmar que apenas aquele tratamento seria o único capaz de tratar da enfermidade do paciente. Assevera que não havia cobertura para lentes importadas, conforme parecer técnico n.º 18/2021, pois havia exigência de indicação de, pelo menos, três marcas de produtos diferentes fabricantes. Assinala que a cláusula 16.11 do contrato continha previsão

de exclusão para produtos não nacionalizados, sem registro na ANVISA. Acrescenta que o perito judicial afirmou expressamente que as lentes disponibilizadas pelo plano eram suficientes para o quadro clínico de catarata. Diz ser válida a cláusula contratual que estabelece limites para as indenizações, de modo que os reembolsos deveriam observá-los, conforme art. 12, VI, da Lei n.º 9.656/98. Salaria que é importante respeitar o mutualismo, o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos, que foram devidamente esclarecidos e aceitos pelas partes, nos quais constam exclusões. Assim, requer o provimento do recurso para o fim de reformar integralmente a sentença.

Recurso tempestivo, processado e preparado (fls. 625/626). Resposta da parte adversa às fls. 633/644.

Observado o prazo estabelecido pela Resolução n.º 772/2017 do Egrégio Tribunal de Justiça, não houve oposição ao julgamento virtual.

Distribuído o recurso ao Des. ERICKSON GAVAZZA MARQUES, integrante desta 5ª Câmara de Direito Privado desta Corte, o processo foi redistribuído a este Relator, nos termos da Portaria de Designação n.º 216/2024, com conclusão dos autos em 16/01/2025.

É o relatório.

Cuida-se de ação cominatória de obrigação de fazer

c.c. pedido de reembolso. A parte autora comprovou e, quanto a isso, não houve controvérsia, que a oftalmologista que a atendeu, Sandra Maria Canelas Beer, da Clínica Med Lopes S/C Ltda. era credenciada do plano.

Referida médica prescreveu à autora cirurgia de falcoemulsificação em ambos os olhos, com implante de lentes intraoculares Lio Rayner Toric, as quais foram agendadas para os dias 10/03/2023 (olho esquerdo) e 17/03/2023 (olho direito).

Afirmou que requereu autorização para o plano de saúde, o qual autorizou tão somente a realização das cirurgias e honorários médicos, recusando-se, entretanto, a fornecer as lentes intraoculares. Levando em conta a urgência e o medo de perder a visão de modo irreversível, a autora adiantou o pagamento de R\$ 18.500,00 (R\$ 9.250,00 para cada lente).

Bem examinada a questão posta em Juízo, vê-se que a irresignação recursal do plano de saúde não comporta provimento.

De acordo com o art. 10, §4º e §12, da Lei nº 9.656/98, com a nova redação dada pela Lei nº 14.454 de 21/09/2022, o plano de saúde está obrigado a custear não apenas os procedimentos que constam do rol da ANS, que são de cobertura obrigatória, mas também outros procedimentos que, mesmo não listados expressamente, atendam aos critérios estabelecidos na referida lei.

E nesse rol consta a obrigatoriedade de cobertura do procedimento cirúrgico de “Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação”, procedimento recomendado para tratamento de catarata (<https://www.ans.gov.br/ROL-web/>). Esse ponto é incontroverso e a seguradora não se recusou a cobri-lo.

Cinge-se a controvérsia em determinar se houve abusividade ou não na limitação do reembolso do procedimento cirúrgico e dos materiais necessários para o procedimento pela operadora de plano de saúde em razão dos termos contratuais estipulados para a prestação do serviço.

A ré, em sua defesa, apoia-se no Parecer Técnico n.º 18/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 que confirma que o procedimento de FACECTOMIA COM LENTE INTRAOCULAR COM OU SEM FALCOEMULSIFICAÇÃO consta listado no Anexo I da RN n.º 465/2021 e deve ser obrigatoriamente coberto por planos de segmentação ambulatorial e/ou hospitalar (com ou sem obstetrícia) e por planos-referência, conforme indicação do médico-assistente.

A norma prevê eventual divergência entre o profissional requisitante e a operadora, determinando que a decisão caberá a um profissional escolhido conforme estabelece a RN n.º 424/2017, com as despesas arcadas pela operadora, nos moldes do art. 9º da referida resolução normativa.

Ocorre que, no presente caso, não houve divergência

entre o médico assistente e a operadora. A empresa tão somente recusou-se a cobrir as lentes intraoculares, o que obrigou a autora a ter que decidir por conta própria, sem nenhuma orientação técnica.

Ademais, o art. 3º, inciso I, da Resolução Normativa n.º 424/2017 é expresse ao não admitir a realização de junta médica os casos de urgência e emergência, fato afirmado pela autora na petição inicial e não especificamente contestado.

A consumidora é hipossuficiente e, portanto, não tem obrigação de saber sobre detalhes técnicos sobre as lentes. Se a operadora não concordava com a indicação das lentes feitas pela médica assistente que voluntariamente credenciou em seu plano, deveria ter apresentado a divergência prevista na norma e não simplesmente se recusado a dar cobertura.

A perícia técnica (fls. 554/580) concluiu, a propósito:

“A escolha pelo implante de lente tórica em ambos os olhos, no entanto, objetivou obtenção de melhor resultado visual sem necessidade de uso de óculos para longe por proporcionar a correção concomitante do astigmatismo refracional. A presença, no entanto, de cicatrizes de ceratotomia radial em ambos os olhos, proporciona risco de o tratamento do astigmatismo ser apenas temporário uma vez que pode ocorrer aumento progressivo do astigmatismo ao longo do tempo nesses pacientes. Adicionalmente a presença de buraco macular pré-operatório no olho direito, diminui

consideravelmente as chances de resultado visual satisfatório apenas com a cirurgia de catarata no olho direito o que foi comprovado pela evolução pós-operatória que levou a necessidade de intervenção cirúrgica para tratamento desta comorbidade.”

Importante notar que a operadora, ao discordar da indicação médica, tinha o dever de instaurar formalmente o procedimento de junta médica previsto na RN n.º 424/2017, oferecendo alternativas concretas e equivalentes à autora. Ao invés disso, simplesmente recusou a cobertura, deixando a consumidora sem qualquer opção viável e transferindo indevidamente o ônus da decisão técnica para a paciente, que não possui conhecimento especializado para avaliar alternativas.

Os limites de cobertura poderiam ser observados caso a ré tivesse seguido os procedimentos para atender adequadamente a autora, disponibilizando efetivamente as lentes nacionais que alegava serem suficientes e estabelecendo a divergência técnica pelos meios adequados. Entretanto, deixando-a desamparada, sem oferta de alternativa concreta diante de um tratamento urgente para preservação da visão, deve reparar integralmente os gastos que a autora teve para restabelecer a sua saúde, conforme indicação do profissional que a própria operadora credenciou.

A propósito do tema, este E. Tribunal de Justiça já assentou a Súmula 102:

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

Nesse sentido são os precedentes desta Seção de Direito Privado incluindo-se o desta Colenda 5ª Câmara de Direito Privado em casos assemelhados:

PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA- Lentes-intraoculares utilizadas em cirurgia de "facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação" para tratamento de catarata- Procedência- Aplicação do Código de Defesa do Consumidor- Recusa de cobertura que não encontra respaldo- Ato ilícito- A operadora não pode negar-se à cobertura de material registrado pela ANVISA e indicado pelo médico da autora para tratamento de doença abrangida pelo contrato- Súmula 102 do TJSP- Cirurgia prevista no rol da ANS- Prótese inerente à realização do ato cirúrgico - Aplicação analógica da Súmula 93 do TJSP- Material importado indicado pelo médico responsável, a quem incumbe a escolha do tratamento adequado - Ausência de indicação de material nacional equivalente pela ré - Cobertura devida- Precedentes- Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1048699-28.2020.8.26.0576; Relator (a): Moreira Viegas; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José do Rio Preto - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/04/2022; Data de Registro: 11/04/2022)

SEGURO SAÚDE — Nulidade da Sentença — Inexistência - Reembolso - Cirurgia oftalmológica - Paciente diagnosticada com catarata — Procedimento prescrito de facectomia com lente

intraocular com facoemulsificação - Previsão no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS - Ainda que o contrato não seja adaptado à Lei n. 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, deve ser aplicado de forma harmônica e com observância das normas que regem a proteção e defesa do consumidor, reconhecidamente vulnerável no mercado de consumo (art. 4º, inciso I, Lei n. 8.078/90), e que são de ordem pública e social, estabelecidas na Lei n. 8.078/90, gozando, ainda, o consumidor de proteção constitucional (art. 5º, inciso XXXII e art. 170, inciso V) - Cuidando-se de seguro saúde é devido o reembolso dos serviços profissionais e das lentes prescritas mesmo que importadas, estas, desde que com registro na ANVISA, tudo dentro dos limites segurados na apólice - Recurso provido em parte.

(TJSP; Apelação Cível 1035791-04.2023.8.26.0100; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 23ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/03/2024; Data de Registro: 21/03/2024).

Ademais, a Lei n.º 14.454/2022 estabeleceu expressamente o caráter exemplificativo (e não taxativo) do rol de procedimentos da ANS, contrariando o entendimento que vinha sendo firmado pelo STJ, especialmente no julgamento do REsp n.º 1.733.013/PR, que considerava o rol como taxativo.

Assim, correto o desfecho dado ao caso e, portanto, a sentença deve ser integralmente mantida.

Por tais fundamentos, **NEGA-SE PROVIMENTO AO RECURSO DE APELAÇÃO.**



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apesar do não provimento do recurso, os honorários advocatícios não comportam majoração, conforme art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, porque já fixados no máximo legal, de 20% sobre a condenação, em primeira instância.

É como se vota.

OLAVO PAULA LEITE ROCHA

Relator