



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000375196

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1004395-90.2024.8.26.0482, da Comarca de Presidente Prudente, em que é parte recorrente Unimed de Presidente Prudente Cooperativa de Trabalho Médico, é a parte recorrida Claudia Albertin Justiça Gratuita.

ACORDAM, em sessão da 10ª Câmara de Direito Privado, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento ao recurso. V. U. Sustentou oralmente a Dra. Milena Cássia de Oliveira OAB/SP 304.329., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores: JAIR DE SOUZA (Presidente), ELCIO TRUJILLO E COELHO MENDES.

São Paulo, 15 de abril de 2025.

JAIR DE SOUZA
Relator
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº: 22852

Apelação nº: 1004395-90.2024.8.26.0482

Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado

Comarca de origem: Presidente Prudente

Foro de origem: Foro de Presidente Prudente

Vara de origem: 5ª Vara Cível

Juiz(a) de origem: Luís Eduardo Scarabelli

Recorrente: Unimed de Presidente Prudente Cooperativa de Trabalho Médico

Recorrido(a): Claudia Albertin Justiça Gratuita

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Negativa de atendimento. Autora diagnosticada com doença degenerativa de coluna cervical com compressão neurológica, resistente ao tratamento conservador, necessitando de cirurgia. Insurgência em face da r. sentença que condenou a operadora de plano de saúde ao reembolso de despesas médicas e ao pagamento de indenização por danos morais, em razão de negativa de cobertura de cirurgia e materiais necessários, após descredenciamento de médico sem aviso prévio. Insurgência da requerida, alegando a desnecessidade de aviso prévio, assim como a regularidade da junta médica para a recusa de cobertura das órteses pleiteadas. Descabimento. Aplicabilidade do CDC. Dever de informação (Art. 17 da Lei nº 9.656/1998, e CDC). Relatório médico que dá conta de justificar o tratamento. Contrato que não exclui o tratamento da moléstia, não podendo limitá-lo em havendo expressa indicação médica. Súmula 102 deste E. TJSP. Abusividade reconhecida, por colocar o beneficiário em manifesta desvantagem. Operadora não pode estabelecer o tratamento que o paciente deve se submeter para o alcance da cura e não pode restringir aqueles que forem prescritos pelo médico. Reembolso que se impõe. Danos morais. Peculiaridades do caso que autorizam sua incidência. Quantia fixada adequada à espécie (R\$ 10.000,00). Sentença mantida. Adoção do art. 252 do RITJ. RECURSO DESPROVIDO.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls.

335/343, que julgou procedentes os pedidos formulados pela parte então autora, portadora de doença degenerativa de coluna cervical com compressão neurológica, consistentes, em síntese, na condenação da requerida ao reembolso do valor gasto com a cirurgia negada pela Operadora de Plano de Saúde (honorários do médico descredenciado sem aviso prévio e órteses por ele indicadas), bem como ao pagamento de indenização pelos danos morais sofridos, no valor de R\$10.000,00.

R. sentença prolatada, cujo dispositivo se colaciona a seguir:

“(…) Diante do exposto, JULGO PROCEDENTE a demanda para condenar a requerida ao pagamento de: A) R\$ 62.344,80, a título de danos materiais, com incidência de correção monetária pelo índice IPCA, desde a data dos desembolsos e juros de mora pela Taxa Selic (deduzido o índice de atualização monetária IPCA = taxa legal, Lei nº 14.905/2024), a contar da citação (artigo 405 do Código Civil); B) R\$10.000,00, a título de danos morais, corrigidos monetariamente pelo índice IPCA, desde a presente data (Súmula 362 do Superior Tribunal de Justiça) e juros de mora pela Taxa Selic (deduzido o índice de atualização monetária IPCA = taxa legal, Lei nº 14.905/2024), a contar da citação (artigo 405 do Código Civil). Condene a requerida Unimed de Presidente Prudente – Cooperativa de Trabalho Médico a arcar com as custas e despesas processuais, inclusive verba honorária advocatícia, que fixo em 10% sobre o valor da condenação (artigo 85, §2º, do Código de Processo Civil). Oportunamente, arquivem-se os autos, observadas as formalidades legais. P.I.C.”

No presente instante, inconformada, a parte recorrente-requerida suscita:

i) que conforme art. 19 do Estatuto Social, o médico cooperado pode ser eliminado da cooperativa em caso de infração legal, estatutária, regimental ou normativa, após decisão do Conselho de Administração; ii) que a Resolução Normativa (RN) nº 567/2022, regula as regras de substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, sendo que tal resolução estabelece o dever de informação prévia da

operadora aos seus beneficiários, porém, não se aplica na relação entre o médico cooperado e a operadora cooperativa (artigo 15 da RN); iii) a solicitação para a realização da cirurgia da apelada ocorreu MAIS DE UM MÊS após o descredenciamento do médico cooperado, não havendo que se falar em negativa; iv) que as despesas hospitalares foram devidamente cobertas pelo plano de saúde, exceto os honorários médicos e materiais sem cobertura contratual, pois a apelada optou por realizar o procedimento com médico particular, assinando termo quanto a responsabilidade a respeito de tais honorários; v) que no termo consta a ciência de que haviam médicos credenciados aptos a realizar a cirurgia; vi) que o contrato não possui opção de acesso à livre escolha de profissionais; vii) que em relação aos materiais DISCO ARTIFICIAL CERVICAL MOBI-C PLUG & FIT houve divergência técnica a respeito de sua indicação e, após a realização de junta médica, concluiu-se pela negativa dos materiais, procedimento previsto contratualmente, o que a apelada tinha ciência; viii) a inexistência de danos morais a serem indenizados, vez que não houve ato ilícito; ix) requer o provimento do recurso, com a improcedência total da ação, mas em caso de entendimento diverso, que então a apelante seja condenada ao custo do tratamento se fosse realizado por intermédio de profissional credenciado, nos limites do contrato celebrado.

Recurso tempestivo e com preparo recolhido (fls. 377/378).

A parte recorrida apresentou contrarrazões (fls. 571/593), aduzindo que a autora solicitou a autorização da cirurgia, em 04 de janeiro de 2024, quando foi informada sobre o descredenciamento do médico, ocorrido em dezembro/2023, e conforme a lei, ao descredenciar um hospital, laboratório ou médico, o Apelante deveria comunicar ao consumidor com 30 (trinta) dias de antecedência e apresentar um substituto equivalente (artigo 17, Lei 9.656/98). Afirmar que o plano de saúde apelante negou os honorários médicos (R\$ 19.700,00) e as duas próteses (R\$ 42.644,80) para a

cirurgia, autorizando apenas 02 cages cervicais PEEK parafusados, que não eram eficazes no tratamento. Quanto às próteses, as Súmulas 96 e 102 deste TJSP, continuam vigentes, ressaltando ainda mais a necessidade de condenação em danos morais. Requer o desprovimento do recurso e a manutenção da r. sentença em seus termos, majorando-se a verba honorária fixada.

Houve oposição ao julgamento virtual pela Apelante (fls. 404).

O recurso está formalmente em ordem.

É o relatório.

O recurso **NÃO** merece **PROVIMENTO**.

A r. sentença apelada deve ser confirmada por seus próprios e jurídicos fundamentos.

Pois bem. No mérito, a aplicabilidade do diploma consumerista ao caso concreto é inconteste, sendo pertinente apegar-se aos termos da súmula 608 do C. STJ (que de maneira sucinta e objetiva dispara):

“Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Em que pese a argumentação da parte apelante, a r. sentença demonstra-se suficientemente fundamentada, aqui também adotada como razão de decidir, nos termos do art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP.

Na Seção de Direito Privado desta Corte, o art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP tem sido reiteradamente utilizado por esta Câmara, que prevê em seu texto a possibilidade de ratificação dos fundamentos da decisão recorrida, em que possui motivação suficiente, conforme segue:

Art. 252. Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la.

Aliás, este dispositivo regimental tem sido aplicado para dar concretude à garantia constitucional da tutela jurisdicional célere, previsto no art. 5º, LXXVIII, da CF.

Ademais, o C. STJ tem prestigiado este entendimento ao reconhecer a possibilidade da ratificação do juízo de valor firmado em sentença, transcrevendo-a em acórdão. (REsp nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rei.Min. João Otávio de Noronha, j . de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rei. Min. Castro Meira, j . de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rei. Min. Eliana Calmon, j . 17.12.2004 e REsp nº 265.534- DF, 4ª Turma, Rei. Min. Fernando Gonçalves, j de 1.12.2003).

Neste sentido, deve ser ressaltado o seguinte trecho da r. sentença, que

demonstra-se suficientemente motivada no que concerne às alegações da recorrente:

“(…) Trata-se de nítida relação de consumo, na qual a autora é destinatária final dos serviços de prestação continuada de assistência médico-hospitalar prestados pela operadora de saúde requerida Unimed de Presidente Prudente – Cooperativa de Trabalho Médico. Assim, sendo evidente a existência de nítida relação de consumo travada entre as partes, tendo o Superior Tribunal de Justiça pacificado o entendimento pelo qual "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão " (Súmula 608). De igual modo, o Superior Tribunal de Justiça, em caso análogo ao dos autos, assentou que "(...) aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos serviços médicos (...) " (STJ – 4ª T. – AgRg no AREsp 499.193/RS – Rel. Min. Antonio Carlos Ferreira – j. 03.02.2015 – DJe 10.02.2015). Nestes termos, torna-se forçosa a incidência dos princípios estatuídos na legislação consumerista, em especial o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor e a facilitação de sua defesa (artigo 4º, inciso I, e artigo 6º, inciso VIII, ambos da Lei 8.078/90), bem como da boa-fé objetiva necessária ao equilíbrio das relações entre consumidores e fornecedores (artigo 4º, inciso III, da Lei 8.078/90). Ainda que assim não fosse, sabe-se que os contratos de plano de saúde são considerados como especialíssimos, diante do relevante objeto que envolvem, qual seja, os riscos futuros envolvendo a saúde do consumidor e de sua família, dependentes ou beneficiários (conforme: MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 4 ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2002, p. 411). De fato, "(...) Não se pode reduzir tais contratos aos padrões dos negócios governados apenas pela lógica dos lucros. É preciso ir além, enxergar um pouco mais alto, no sistema jurídico-normativo, e deixar-se iluminar pelos princípios que se radicam na dignidade da pessoa humana, hoje subordinada à condição constitucional de fundamento da República (artigo 1º, caput, III, da Constituição), e perante a qual devem justificar-se as normas jurídicas e toda a juridicidade" (CASTANHEIRA, Neves. Questão-de-Facto Questão de Direito. Coimbra: 1967, p. 507). Ainda, vale lembrar que o contrato de plano de saúde, diante da relação de dependência que cria, "É um bom exemplo de contrato cativo de longa duração a envolver por muitos anos um fornecedor e um consumidor, sua família ou beneficiários" (MARQUES, Cláudia Lima. Op. cit., p. 498). Assim, cumpre destacar que, por tal motivo, a jurisprudência vem exigindo das operadoras "(...) uma boa-fé extremamente qualificada", o que decorre da contraposição entre "(...) um profissional, a operadora, seguradora ou hospital, perante um leigo em situação especial de vulnerabilidade

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

(diante da doença e da morte)", que se traduz num atuar com observância do "(...) cumprimento do dever de informação, cooperação e cuidado" (MARQUES, Cláudia Lima. Op. cit., pp. 400 e 402). Destarte, a conclusão é de que este tipo de contrato é interpretado "(...) sempre a favor do consumidor ex vi art. 47 do CDC, como ensina o leading case, REsp 311509/SP, Relator Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira, j. 03.05.2001" (MARQUES, Cláudia Lima. Op. cit., p. 401).

Feitas estas observações iniciais, verifica-se que, a autora é beneficiária do plano de saúde operado pela requerida e, em razão de ser portadora de mielopatia e radiculopatia cervical espondilótica compressiva ao nível C4-C5 e C5-C6, cervicobraquialgia bilateral crônica progressiva, com falha no tratamento conservador, foi lhe indicado procedimento cirúrgico com a técnica de artroplastia de coluna cervical em dois níveis. Sobre tais fatos não pende controvérsia, tanto é assim que, a cirurgia, realizada no dia 17 de fevereiro de 2024, foi coberta pelo plano de saúde requerido.

Contudo, a autora teve que arcar com as despesas dos honorários médicos e dos materiais (2 próteses de disco cervicais com fixação primária e secundária), não cobertos pelo plano de saúde, pleiteando o reembolso de tais gastos.

Em que pese a alegação da requerida de que, tem direito de excluir médicos cooperados que cometam infrações estatutárias, caso do médico que realizou a cirurgia da autora, que foi descredenciado após processo administrativo, fato é que, o exercício de tal direito pela requerida não a exime de comunicar o descredenciamento do profissional aos segurados com antecedência de 30 dias, segundo determina a Lei nº 9.656/1998: "Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência."

No caso em tela, a requerida informa que, o médico que assistia à autora e lhe indicou o procedimento cirúrgico como tratamento de sua doença, foi excluído dos quadros de médicos cooperados em 23 de novembro de 2023, confessando que, a autora foi informada do descredenciamento do médico no dia em que solicitou a realização da cirurgia, no dia 4 de janeiro de 2024, como se extrai do seguinte trecho de sua contestação, "a solicitação para a realização da cirurgia da requerente ocorreu MAIS DE UM MÊS após o descredenciamento do médico cooperado. E, tão logo recepcionada, a requerente foi devidamente informada sobre o descredenciamento do Dr. Flávio Porto (...)" (fl. 123). Ou seja, a requerida descumpriu seu dever de comunicar previamente o descredenciamento do profissional à autora,

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

que só tomou conhecimento da exclusão ao solicitar autorização para a cirurgia perante a requerida, mais de um mês depois da exclusão do profissional. Em outras palavras, não fosse a autora requerer a autorização, a requerida não a teria informado acerca do descredenciamento do médico que lhe assistia, desde janeiro de 2021. Por isso, diante da falha na prestação dos serviços por parte da requerida, tendo em vista que, se mostraram “inadequados para os fins que razoavelmente deles se esperam, bem como aqueles que não atendam as normas regulamentares de prestabilidade” (artigo 20, §2º, da Lei nº 8.078/1990), ela deve ser responsabilizada pelos prejuízos causados à autora. (...) De tal sorte, de rigor a condenação da cooperativa de plano de saúde requerida ao reembolso dos honorários médicos dos profissionais que realizaram a cirurgia da autora, no valor de R\$ 19.700,00.

Prosseguindo, a autora também se insurge contra a não cobertura pela requerida dos custos dos materiais necessários para a realização da cirurgia, quais sejam, 2 próteses de disco cervicais com fixação primária e secundária, de acordo com a prescrição do médico responsável pelo seu tratamento. Neste sentido, o relatório médico apresentado pela autora é suficiente para comprovar a necessidade do uso das próteses, considerando que a patologia que acomete a autora é “crônica, progressiva, com falha no tratamento conservador” (fl. 45), uma vez que, há muito a jurisprudência segue entendimento de que, “(...) quem é senhor do tratamento é o especialista, ou seja, o médico que não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém à cura do paciente. (...) É preciso ficar bem claro que o médico, e não o plano de saúde, é responsável pela orientação terapêutica. Entender de modo diverso põe em risco a vida do consumidor” (STJ – 3ª T. – REsp 668216/SP – Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito – j. 15.03.2007 – DJU 02.04.2007, p. 265 – RNDJ 91:85).

Em outras palavras, sendo a cirurgia e os materiais necessários prescritos pelo profissional médico responsável pelo tratamento, toda e qualquer análise administrativa feita pela operadora seria totalmente indevida, sob pena de usurpação indevida da função médica. De sorte que, apesar da Resolução Normativa nº 424/2017 da ANS prever a possibilidade de junta médica “formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, podendo ocorrer na modalidade” (artigo 2º, i inciso II), no caso em tela, a submissão do caso da autora à apreciação da junta médica revelou-se questionável.

Isto porque, de acordo com seu histórico clínico, a autora já não estava respondendo aos tratamentos conservadores, por isso, a indicação de materiais mais eficazes e seguros para a melhora do quadro de saúde da paciente. Ademais, observa-se que, a

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

manifestação da junta médica formada pelo plano de saúde requerido contrária à cobertura das próteses mostrou-se sucinta, não fundamentada e contrária ao relatório médico do profissional que assiste à autora há anos e que tinha conhecimento técnico do caso (fl. 96).

De tal sorte, a negativa da cobertura dos materiais configurou conduta nitidamente abusiva por parte do plano de saúde requerido, por colocar a consumidora autora em nítida posição de desvantagem e desequilíbrio, sendo mesmo reputada iníqua e incompatível com a já mencionada boa-fé objetiva que deve reger os contratos de plano de saúde (artigo 51, inciso IV, da Lei 8.078/90). Cumpre lembrar que o princípio da boa-fé objetiva "... demanda que os contratantes devam ter um comportamento fundado na lealdade. Cada um deve respeitar os interesses do outro, reconhecidos como valores. Pela boa-fé, a obrigação é entendida como uma ordem de cooperação. Credor e devedor não são apenas contratantes, mas colaboradores na consecução do objetivo comum, ou seja, do adimplemento." (O Dever de Informar no Direito Civil – Christoph Fabian – Editora Revista dos Tribunais – 2002 – p. 61). Aliás, pode ser aplicado ao caso em tela os entendimentos sumulados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo acerca da proibição de negativa de cobertura de procedimentos pelos planos de saúde: "Súmula 96: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento." "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." Assim, caracterizada a responsabilidade da operadora do plano de saúde requerida, deve ela ser condenada ao reembolso do valor de R\$ 42.644,80, referente ao custo das próteses não cobertas pela requerida, conforme nota fiscal acostada aos autos (fl. 98). Por fim, resta indubitável a ocorrência de abalo moral indenizável, diante da busividade da postura adotada pela operadora de planos de saúde, pelo descumprimento da legislação e pela negativa da cobertura dos materiais indicados à autora, sujeitando-a à situação de descaso, desamparo e falta de assistência.(...)

Quanto aos critérios para fixação da indenização moral, deve-se levar em conta duas diretrizes diversas, a saber, a atenuação da dor e dos transtornos sofridos pela parte lesada, bem como a prevenção de novas condutas da mesma natureza em face de outros consumidores: "(...) O valor do dano moral deve ser arbitrado segundo os critérios da razoabilidade e da proporcionalidade, não podendo ser irrisório, tampouco fonte de enriquecimento sem causa, exercendo função reparadora do prejuízo e de prevenção da reincidência da conduta lesiva" (STJ – 2ª T. – AgRg no Ag 1259457/RJ – Rel. Min. Humberto Martins – j. 13.04.2010 – DJe 27.04.2010). Deveras, a

corrente doutrinária e jurisprudencial majoritária reputa a existência de caráter dúplice de tal indenização, "(...) pois tanto visa a punição do agente quanto a compensação pela dor sofrida" (RT 742:320). Deve, assim, "representar uma punição para o infrator, capaz de desestimulá-lo a reincidir na prática do ato ilícito, e deve ser capaz de proporcionar ao ofendido um bem-estar psíquico compensatório do amargor da ofensa" (Boletim AASP 2089:174).

Ademais, critérios como a própria extensão e repercussão do dano, a condição econômico-financeira das partes e, ainda, razoabilidade e proporcionalidade devem ser observados: "Agravamento regimental. Recurso especial não admitido. Indenização. Inscrição indevida no cadastro de inadimplentes. Danos morais. 1. O Tribunal sopesou adequadamente o poderio econômico do banco e o abalo moral e social sofrido pelo agravado, assim como a extensão dos danos e a gravidade do ilícito cometido pelo agravante. Observados, na origem, os critérios de razoabilidade e proporcionalidade. 2. Agravamento regimental desprovido." (STJ – 3ª T. – AgRg no Ag 406.425/DF – Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito – j. 03.12.2001 – DJU 18.03.2002, p. 252).

Destarte, considerando o abalo à honra subjetiva da autora, a notória capacidade econômico-financeira da requerida, a negativa a atendimento envolvendo questão de saúde e as diretrizes de atenuação dos transtornos causados, bem como a prevenção de novas condutas, sopesando ainda a extensão e repercussão do dano, reputa-se a quantia de R\$10.000,00, suficiente e razoável, sem que se configure enriquecimento sem causa por parte do beneficiário."

Em complemento à r. sentença, tem-se que no caso em tela, a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre o plano-referência de assistência à saúde, determina a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da organização Mundial da Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei (art. 10).

Desta feita, a Resolução Normativa (RN) nº 465/2021, que atualiza o Rol

de Procedimentos e Eventos em Saúde, constituindo referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, editada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não pode suplantar ou contrariar a legislação vigente, ou mesmo contrariar determinação do médico responsável pelo tratamento, conforme já determinado na jurisprudência deste E. TJSP

“PLANO DE SAÚDE – Negativa de cobertura de medicamento Omalizumab para o tratamento de urticária crônica espontânea – A **Operadora não pode estabelecer o tratamento que o paciente deve se submeter para o alcance da cura e não pode restringir aqueles que forem prescritos pelo médico**, independentemente de tratar-se de procedimento obrigatório previsto na Resolução Normativa RN 428/2017 – Súmula 102 do TJSP – Entendimento do REsp 1733013/PR que é controverso, não se podendo falar ainda em overruling - Sentença mantida – Recurso desprovido.” (TJSP; Apelação Cível 1029425-57.2019.8.26.0562; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 7ª Vara Cível; Data do Julgamento: 06/10/2020; Data de Registro: 06/10/2020) (grifos nossos)

No mais, ressalte-se que “A exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato.” (STJ Resp nº 183719/ SP 4ª Turma Rel. Min. Luis Felipe Salomão DJe 13.10.08).

Desprovidos, portanto, tais pedidos.

Quanto aos danos morais, tem-se que ao negar os honorários do médico descredenciado sem aviso prévio e as órteses por ele indicadas, imprescindíveis à realização da cirurgia, pode-se afirmar com convicção que resultou em verdadeira negativa do procedimento. Portanto, não há que se falar em ato lícito neste sentido,

devida a condenação moral.

Ademais, no presente caso, vislumbra-se situação de excepcionalidade apta a justificar a indenização desta espécie, uma vez que a recusa indevida gerou expectativa e frustração quanto ao problema instalado.

Com relação ao *quantum* indenizatório, à luz da prudência e razoabilidade, o julgador deve considerar quando de sua fixação, a princípio: a extensão e gravidade do dano, as circunstâncias (objetivas e subjetivas) do caso, a situação pessoal e social dos ofendidos e a condição econômica do lesante, na busca de relativa objetividade com relação à satisfação do direito atingido, preponderando a idéia de sanção ao ofensor, como forma de obstar a reiteração da conduta ilícita.

Além disso, ele deve balizar-se sempre pelos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Assim, a indenização moral deve ser mantida em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) sendo este o valor que melhor se adapta às circunstâncias do caso em tela, não proporcionando enriquecimento ilícito para as partes ofendidas, nem consequências irrisórias para a parte ofensora.

Este também é o entendimento da jurisprudência deste E. TJSP:

“Apelação. Plano de saúde. Ação de Obrigação de Fazer c.c. Indenização por Danos Morais. Pretensão de compelir a operadora de saúde requerida a custear os procedimentos de osteotomia da coluna,

substituição de corpo vertebral, espondilolistese, tratamento cirúrgico com instrumental e monitorização neurofisiológica intra-operatória, além da reparação por danos morais. Sentença de procedência. Recurso da ré. Preliminar de impugnação ao valor da causa suscitada pela empresa ré acolhida, uma vez que, nos termos do artigo 292, V, do CPC, o valor da causa deve corresponder ao montante indenizatório pretendido. Expressa prescrição médica para realização dos procedimentos cirúrgicos descritos na petição inicial que torna injustificável a negativa manifestada pela requerida. Autora, diagnosticada com estenose de canal lombar e espondilolistese, que não pode ter negada as cirurgias e tratamentos prescritos por seu médico, sob o argumento de falta de previsão no rol da ANS. Negativa que enseja a reparação por danos morais. Quantum fixado em R\$10.000,00, montante que se revela adequado. Recurso provido em parte apenas para determinar a correção do valor da causa.” (TJSP; Apelação Cível 1041184-10.2023.8.26.0002; Relator (a): Emerson Sumariva Júnior; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 14ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/03/2024; Data de Registro: 27/03/2024)

Por fim, visando evitar repetição jurisdicional desnecessária, outros fundamentos demonstram-se dispensáveis diante da repetição integral dos que foram deduzidos na sentença.

Diante da acertada decisão de primeiro grau, conclui-se que a sentença não merece qualquer reparo.

Destarte, o recurso de apelação deve ser DESPROVIDO, mantendo-se a r. sentença apelada pelos seus próprios fundamentos e pelos ora acrescentados.

No tocante aos honorários advocatícios sucumbenciais recursais, cabível a sua majoração, nos termos do art. 85, §11, do CPC, vez que fixados em 10% sobre o



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

valor da condenação, majorados na presente em 13% deste mesmo referencial.

Por último, de forma a evitar a oposição de embargos de declaração destinados meramente ao prequestionamento e de modo a viabilizar o acesso às vias extraordinária e especial, considera-se prequestionada toda a matéria constitucional e infraconstitucional suscitada nos autos, uma vez que apreciadas as questões relacionadas à controvérsia por este Colegiado, ainda que não tenha ocorrido a individualização de cada um dos argumentos ou dispositivos legais invocados, cenário ademais incapaz de negativamente influir na conclusão adotada, competindo às partes observar o disposto no artigo 1.026, §2º do CPC.

Diante do exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

JAIR DE SOUZA

Relator

(assinatura eletrônica)