



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000377796

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2062684-53.2025.8.26.0000, da Comarca de Jundiaí, em que é agravante SOBAM CENTRO MÉDICO HOSPITALAR LTDA., é agravado JOÃO CARLOS GUISSO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª 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 RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente), DÉBORA BRANDÃO E MARIA DO CARMO HONÓRIO.

São Paulo, 16 de abril de 2025.

RAMON MATEO JÚNIOR
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

Voto nº 35939

Agravo de Instrumento nº 2062684-53.2025.8.26.0000

Agravante: Sobam – Centro Médico Hospitalar S.A.

Agravado: João Carlos Guisso

Comarca: Foro de Jundiaí- 1ª VC

Magistrado Prolator: BRENO COLA ALTOÉ

Agravo de instrumento - Ação de obrigação de fazer cirurgia médica c/c indenização por danos morais e materiais e tutela antecipada - Quadro neurológico grave, perda de força e mobilidade em membro inferior, sob risco de lesão neurológica permanente - Negativa de cobertura de cirurgia e materiais cirúrgicos - Descabimento - Prevalência da indicação do médico assistente - Aplica-se ao caso Código de Defesa do Consumidor (Artigos 2º e 3º da Lei nº 8.078/1990) - Súmulas nº 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça e nº 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça - Irrelevante à alegação de que o caso foi levado a apreciação por junta médica, que confirmou a negativa de cobertura para realização da cirurgia e dos materiais que seriam utilizados, observando que a adoção de tal procedimento não pode servir de amparo para o descumprimento das obrigações contratualmente assumidas pelas operadoras - Tutela de urgência mantida - Recurso desprovido.

Trata-se de agravo de instrumento interposto por Sobam – Centro Médico Hospitalar S.A. nos autos da “ação de obrigação de fazer cirurgia médica c/c indenização por danos morais e materiais e tutela antecipada” movida por João Carlos Guisso, em face da r. decisão proferida às fls. 70/72 (da origem), que asseverou:

“Vistos. 1 - Defiro a prioridade de tramitação. Anote-se. 2 - A parte autora requereu, em tutela antecipada, que a ré proceda à autorização da internação hospitalar e da realização do procedimento cirúrgico indicado, incluindo fornecimento de medicação, suporte hospitalar e enfermagem, nos termos do relatório médico acostado aos autos. Nos termos do artigo 300 do Código de Processo Civil, para o deferimento da liminar é necessária a existência de

probabilidade do direito e de perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo. No caso, há provas de que a parte autora é conveniada do plano de saúde operado pela ré (fls. 29 e 51/56), da recomendação médica para a realização do procedimento (fls. 46/48) e da recusa de cobertura, conforme documentação anexada às fls. 30/36. Contudo, conforme disposto na Súmula 102 do TJSP, a negativa de cobertura é abusiva, quando há expressa indicação médica. Assim, resta demonstrada a probabilidade do direito da parte autora. Ademais, a urgência se infere da gravidade do quadro clínico, conforme relatório médico de fls. 46/48, que aponta risco iminente de lesão neurológica irreversível e amputação dos membros inferiores, caso o procedimento não seja realizado com urgência. Por fim, a concessão da medida, no caso em exame, não encontra óbice no artigo 300, § 3º, do Código de Processo Civil, que "não deve prevalecer nos casos em que o dano ou o risco que se quer evitar ou minimizar é qualitativamente mais importante para o requerente do que para o requerido" (Cassio Scarpinella Bueno, "Novo Código de Processo Civil anotado", Saraiva, 2015, p. 219) já que o direito à vida e à saúde da autora é qualitativamente mais importante do que o direito patrimonial da ré, cuja satisfação pode ser buscada, se o caso, por meio de outra via processual. Ante o exposto, presentes os requisitos legais, DEFIRO a tutela de urgência postulada, para determinar que a ré autorize a internação e a realização do procedimento cirúrgico prescrito à parte autora, conforme documentos de fls. 46/48, no prazo de 5 dias, sob pena de multa diária de R\$ 2.500,00, limitada inicialmente a 10 dias-multa. Caberá ao autor o custeio de honorários dos profissionais médicos que não integrem a rede conveniada da requerida. Medicamentos de uso domiciliar não estão incluídos na presente ordem. Em caso de descumprimento da liminar, a parte autora deverá instaurar incidente de cumprimento provisório, com a sinalização de urgência no cadastro processual e instruído com prova documental do custo da cirurgia para viabilizar o imediato bloqueio de valores, sem prejuízo da multa cominatória devida. Esta decisão servirá como ofício, a ser encaminhado pela autora à ré para cumprimento, comprovando-se nos autos em 5 dias. Sem prejuízo, com urgência, cite-se e intime-se por meio de oficial de justiça de plantão, para que dê cumprimento à determinação. Servirá a presente decisão como mandado, expedindo-se folha de rosto. 3. Deixo de designar audiência de mediação na forma

do artigo 334 do Código de Processo Civil, por medida de economia e celeridade. Cite-se a parte ré para contestar o pedido no prazo de quinze dias, nos termos do artigo 335, III, do Código de Processo Civil. A ausência de contestação ensejará a presunção de veracidade dos fatos alegados na inicial, nos termos do artigo 344 do Código de Processo Civil, ressalvadas as hipóteses do artigo 345 do Código de Processo Civil. Caso seja contestado o pedido, intime-se a parte autora para apresentar réplica no prazo de quinze dias previsto nos artigos 350 e 351 do Código de Processo Civil. ."

Pugna a agravante pela reforma da decisão hostilizada. Alega inexistência dos critérios estabelecidos pelo artigo 300 do Código de Processo Civil para justificar o deferimento da tutela de urgência in casu pelo D. Juízo a quo, sobretudo a ausência de probabilidade do direito alegado. Isto porque, a instauração de junta médica está amparada pela Resolução Normativa 424 da ANS, bem como das demais legislações pertinentes. Requer a concessão de efeito suspensivo. Enfatiza que o profissional assistente da parte autora não justificou de forma técnica a exigência para que estes materiais fossem adquiridos em sua totalidade, assim, plenamente legítima a conduta da operadora de plano de saúde em questionar a necessidade ou não da utilização de todos os materiais solicitados, sendo certo que a conclusão da Junta Médica foi justamente no sentido de que alguns dos procedimentos e materiais solicitados eram desnecessários, sem que isso atribuisse qualquer prejuízo à saúde do paciente. Considerando, dessa forma, o parecer técnico emitido pela junta, com voto do desempataador, a ré autorizou os procedimentos nos limites do referido laudo. Nesse contexto, é importante destacar que a ré agiu amparada pelo artigo 4º, inciso V, da Resolução 08 do CONSU; pelo artigo 22, § 1º, incisos III e IV, da Resolução Normativa nº 428/2017 e pelo artigo 6º da Resolução Normativa nº 424/2017, que preconizam que na hipótese de divergência entre a operadora de plano de saúde e o médico assistente, caberá à Junta Médica resolver o impasse. Não obstante, tal conduta também encontra fundamento na Resolução CONSU nº 08, que dispõe nesse sentido, conforme teor do seu art. 1º. Assim, comprova a ré que sua conduta seguiu estritamente ao que previsto na própria lei dos planos de saúde, consoante a regulamentação conferida pela resolução CONSU.

Convém frisar também, que um dos fatores que podem gerar o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato é, por exemplo, a prestação de assistências e/ou atendimentos sem a devida pertinência técnica e, com a utilização de materiais desnecessários do ponto de vista técnico, o que obviamente eleva os custos da manutenção do mesmo e gera um déficit do fundo de valores para custeios dos serviços, que é utilizado de maneira superior à prevista anteriormente, colocando em risco a própria prestação dos serviços médicos à uma coletividade de beneficiários. A limitação de materiais impertinentes do ponto de vista técnico, não é abusiva, ainda mais porque ao fazê-la, a ré não pensa somente em si, mas sim na manutenção da estabilidade financeira de contrato e na saúde pública que pode ser exposta a reações adversas ainda desconhecidas. Ante o exposto, tendo em vista a ausência de negativa de custeio do procedimento cirúrgico e diante do parecer da Junta Médica, que conclui pela inadequação de parte dos procedimentos solicitados ao quadro clínico da parte autora, e, portanto, incabível a cobertura dos materiais, não há probabilidade de direito nas alegações autorais, sendo de rigor a improcedência da demanda. Com efeito. Pede provimento.

Indeferido o efeito pretendido fls. 214/216;
contraminuta fls. 219/231.

É o relatório.

O recurso não comporta provimento.

Narra o autor que: “foi diagnosticado com quadro neurológico grave, perda de força e mobilidade em membro inferior, sob risco de lesão neurológico permanente, com dor intensa e difícil de controle, reação alérgica causada pelos opioides, edema 4+ em pés associado eritema, irritabilidade, descontrole de outras comorbidade, seguindo acamado até a presente data. Foi dado junto ao Requerido conduta médica solicitada ora recusada medida a ser tomada de caráter urgência, visto os danos neurológicos instalados até o presente momento. Foi realizado exames, inclusive indicado medicações, porém sem sucesso na melhora, tendo efeito reverso majorando a piora no estado neurológico do Requerente. O

tratamento proposto pela equipe médica foi o listado abaixo: 1) Denervação Facetária nos níveis L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1 e S1 (Tabela TUSS 31403034) x 6 (6 níveis e 6 acessos diferentes) bilateralmente 2) Discectomia Percutânea nos níveis L4-L5 e L5-S1 (Tabela TUSS 40814092) x 23) Hérnia de disco Tóraco-lombar tratamento cirúrgico nos níveis L4-L5 e L5-S1 (Tabela TUSS 30715180) x 24) Descompressão medular e/ou cauda equina nos níveis L4-L5 e L5-S1 (Tabela TUSS 30715091) x 25) Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento L4-L5 e L5-S1 (Tabela TUSS 30715369) x 20 Os materiais a serem utilizados serão: Monitorização neurofisiológica para proteção neural – Equipe Dr Ricardo Ferreira – secretária Juliana Poppi (11) 999276-8423 • 2 cânulas A100 MM com ponta ativa nº2 compatível com aparelho de radio frequencímetro (com gerador multicanal para combinações de lesões simultâneas) e eletrodos específicos para cada procedimento. ANVISA: 10332340407 • 1 - KIT INTER DESC Marca: Surgitec 1 - DLC PROOF CUT BC (Cortante). Ato contínuo, ao ser analisado pelo próprio médico do Requerido, este INDEFERIU a cirurgia ora indicada, que é de fato objeto da presente demanda, onde, prontamente a médica ora SOLICITANTE, qual seja, Dra. Ligia Ferreira de Toledo Kawamoto (CRM147016 SP) esclareceu e dirimiu todas as técnicas relativas aos procedimentos supra indicados, tudo em benefício em melhor qualidade de vida do Requerente. Assim, em pleno desespero, o Requerente solicitou ao Requerido para que fosse fornecida toda estrutura médico-hospitalar como internação, medicação e serviços de internação, e mesmo assim FOI INDEFERIDO.”

Houve negativa, pela operadora de saúde, à cirurgia de urgência que poderia ocasionar, caso não fosse realizada, danos permanentes ao autor.

Consigna-se que a relação existente entre as partes se insere no âmbito do direito do consumidor, uma vez que estão presentes as figuras de consumidor e fornecedor e a prestação de um serviço, nos termos dos artigos 2º e 3º da Lei nº 8.078/1990, realidade já pacificada pelas Súmulas nº 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça e nº 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, do seguinte teor:

Súmula nº 100 TJSP: **“O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”.**

Súmula nº 608 STJ: **“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.**

E, ainda, Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.

O fornecedor, assume dos riscos do negócio ao colocar os seus produtos/serviços à disposição do mercado de consumo, circunstância conhecida pela doutrina como *caveat venditor*, e não atribuir os riscos ao consumidor é parte vulnerável principalmente quando o negócio são contratos que envolvam a saúde do beneficiário. Nesse sentido:

“Impor o risco a quem vende serviços de saúde implica em observar o princípio da justiça contratual, analisando institutos correlatos, como o instituto da lesão e as cláusulas tidas como abusivas por imposição de exagerada desvantagem ao consumidor. Importante lembrar que tratamos, neste ponto, de contratos cativos de execução continuada, o que significa dizer que, no confronto entre questão meramente econômica e o direito à vida, sem sombra de dúvidas deve este último prevalecer como corolário lógico da dignidade da pessoa humana”. (BUTTI, Alexandre. 'Caveat venditor': o risco é de quem vende nas relações de consumo. In:

GUERRA, Alexandre Dartanhan de Mello (Coord.); MALFATTI, Alexandre David (Coord.). Reflexões de magistrados paulistas nos 25 anos do Código de Defesa do Consumidor. São Paulo: Escola Paulista da Magistratura, 2015, pág. 106). (grifo nosso).

É sabido que, havendo expressa indicação dos procedimentos cirúrgicos indicados, bem como previsão contratual de cobertura para o tratamento da enfermidade, não se justifica a recusa da ré.

Desta maneira, a pretensão restritiva da insurgente fere entendimento pacífico do C. Superior Tribunal de Justiça que consagra que **“o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura”** (STJ, Resp 668.216/SP, 3ª Turma, relator: Min. Carlos Alberto Menezes Direito, Julgamento em 15/3/2007).

Irrelevante à alegação de que o caso foi levado a apreciação de uma junta médica (da própria operadora), que confirmou a negativa de cobertura para realização da cirurgia e dos materiais que seriam utilizados. A adoção de tal procedimento não pode servir de amparo para o descumprimento das obrigações contratualmente assumidas pelas operadoras, mesmo porque a conclusão não é vinculativa, devendo o caso ser analisado consoante os elementos carreados aos autos.

Custeio de procedimentos não previsto no rol da ANS, por força do que restou decidido nos EREsps nºs 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, também não comporta acolhimento a tese defendida pela operadora.

Isto porque a questão restou superada com o advento da Lei nº [14.454/22](#), que introduziu o [§ 13](#) no art. [10](#) da Lei nº [9.656/98](#), que alterou a Lei de Planos de Saúde, para consignar expressamente que o rol da ANS não é taxativo, segundo o qual a cobertura deverá 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).

Isto significa que não há mais que se falar em taxatividade absoluta do rol da ANS, cabendo aos planos e seguros saúde comprovar, para os procedimentos que nele não estão incluídos, que os requisitos acima reproduzidos não estão preenchidos, o que não aconteceu no caso em exame.

A recomendação para a realização do procedimento/tratamento é de ordem médica e são os profissionais que assistem a parte autora quem detêm o conhecimento sobre as suas necessidades. É da responsabilidade deles a orientação terapêutica, não cabendo à operadora negar a cobertura, sob pena de pôr em risco a saúde da paciente.

Nesse sentido a lição do eminente Desembargador Francisco Eduardo Loureiro:

“É rigorosamente irrelevante que a ANS não tenha ainda catalogado o medicamento ou o tratamento ministrado ao paciente pelo médico que o assiste. Entre a aceitação da comunidade científica e os demorados trâmites administrativos de classificação, não pode o paciente permanecer a descoberto, colocando em risco bens existenciais. Evidente que não pode um catálogo de natureza administrativa contemplar todos os avanços da ciência, muito menos esgotar todas as moléstias e seus meio curativos usados pela comunidade médica com base científica” (“Planos e Seguros de Saúde in Responsabilidade Civil na Área da Saúde”, Coord. Regina Beatriz Tavares da Silva, Ed. Saraiva, Série GVlaw, 2007, p. 308)

Nesse sentido é o entendimento do STJ:

**AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL.
AÇÃO DE INDENIZAÇÃO C/C PEDIDO DE
REEMBOLSO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE
COBERTURA PARA REALIZAÇÃO DE EXAME PET-**

SCAN. ÍNDOLE ABUSIVA. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO RAZOÁVEL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO . 1. O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que "o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. Desse modo, entende-se ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário. Precedentes" (AgInt no AREsp 1 .661.348/MT, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 24/08/2020, DJe de 15/09/2020). 2 . Nas hipóteses em que há recusa injustificada, por parte da operadora do plano de saúde, de cobertura para tratamento do segurado, com abalo emocional reconhecido, justificadamente, pela instância ordinária, como no presente caso, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento. Precedentes. 3. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais pode ser revisado em sede de recurso especial quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 2.000,00 (dois mil reais) não se mostra exorbitante nem desproporcional aos danos sofridos em decorrência da negativa ilegítima de realização de procedimento e exames prescritos para garantir a saúde ou a vida do beneficiário. 4. Agravo interno a que se nega provimento. (STJ - AgInt no REsp: 1962572 SP 2021/0274369-2, Relator.: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 21/02/2022, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 14/03/2022) (grifo nosso).

Ante o exposto, NEGA-SE PROVIMENTO ao recurso

RAMON MATEO JÚNIOR
Relator