



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000381872**

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1019088-37.2024.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A, é apelado JOSE ROBERTO PINHEIRO FRANCO.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 22 de abril de 2025.

**VITOR FREDERICO KÜMPEL**

**Relator(a)**

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Voto nº 10923**

**Apelação Cível nº:** 1019088-37.2024.8.26.0011

**Apelante:** Sul América Companhia de Seguro Saúde S/A

**Apelado:** Jose Roberto Pinheiro Franco

**Origem:** Foro Central Cível - 26ª Vara Cível **Juiz(a) de origem:** Dr. Rogério de Camargo Arruda

EMENTA: DIREITO CIVIL. RECURSO DE APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE DESPESAS HOSPITALARES. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame 1. Recurso de Apelação interposto em razão da sentença de primeira instância julgou procedente o pedido para condenar a requerida a arcar com as despesas hospitalares decorrentes da internação e dos procedimentos realizados no Hospital Albert Einstein, no valor de R\$ 174.722,11. Consumidor que ingressou em nosocômio integrante da rede credenciada em razão dor abdominal difusa, inespecífica e refratária a medicações. Angiotomografia de abdome. Paciente submetido a procedimento cirúrgico de trombectomia arterial da artéria mesentérica superior, associado a dilatação transoperatório de tronco celíaco e da artéria mesentérica superior, com implantação de stent, mediante anestesia geral.

II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em determinar se a exclusão contratual do tratamento, a taxatividade do rol da ANS, a inaplicabilidade da Lei 14.454/2022 e o caráter experimental do medicamento justificam a negativa de cobertura das despesas hospitalares.

III. Razões de Decidir 3. A tese de cerceamento de defesa não se sustenta, pois a lide comportava julgamento antecipado, sendo a questão controvertida de direito e as provas produzidas suficientes. 4. As cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor do consumidor, sendo abusiva a negativa de cobertura de tratamento indicado por médico, mesmo que não previsto no rol da ANS, conforme entendimento consolidado nos Tribunais Superiores.

IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura de tratamento indicado por médico é abusiva, mesmo que não previsto no rol da ANS. 2. As cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor do consumidor, visando o equilíbrio contratual.

Vistos.

Cuida-se de recurso de apelação interposto por Sul América Companhia de Seguro Saúde S/A contra Jose Roberto Pinheiro Franco em razão da r. sentença de fls. 214/217, cujo relatório se adota, que julgou procedente o pedido inicial nas seguintes linhas: *“Diante do exposto, julgo PROCEDENTES os pedidos, para condenar a requerida a arcar com as despesas hospitalares decorrentes da internação e dos procedimentos a que o autor foi submetido no dia 18.08.2024 (folha 26), no valor de R\$ 174.722,11, revertendo, para si, as respectivas despesas em aberto junto ao Hospital Albert Einstein. Em consequência, julgo o feito extinto, nos termos do artigo 487, inciso I, do CPC. Pela causalidade e sucumbência, arcará a requerida com as custas e despesas processuais, bem como com os honorários dos advogados da parte contrária, fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa.”*.

Insurge-se o apelante, preliminarmente, ao argumento de cerceamento de defesa postula pela nulidade da sentença hostilizada. Quanto ao mérito discorre sobre a restrição de fornecimento de tratamento ao argumento de que o contrato entabulado entre as partes prevê sua exclusão de ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NÃO SELETIVO DE GRANDE VASO. Discorreu sobre equilíbrio contratual, taxatividade do rol de tratamentos e procedimentos da ANS, afastamento da Lei 14.454 de 21 de setembro de 2022, sob o fundamento de que o contrato é um ato jurídico perfeito e não pode se submeter ao novo regramento, bem como acerca do caráter experimental do medicamento Postula pelo provimento do recurso com a reforma da sentença com a improcedência do pedido inicial.

Recurso tempestivo e preparado.

Sobrevieram contrarrazões às fls. 238/245.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Relevante fazer menção acerca da escorreita tramitação do processo em primeiro grau de jurisdição sob a presidência do MM Juiz de Direito Dr. Rogério de Camargo Arruda, cuja sentença deve ser mantida em sua íntegra.

O presente recurso visa a anulação da sentença sob a tese de cerceamento de defesa; no mérito visa a reforma do julgado sob as teses de que: (i) exclusão contratual do tratamento; (ii) Taxatividade do rol da ANS; (ii) inaplicabilidade da Lei 14.454 de 21 de setembro de 2022; (iii) caráter experimental do medicamento/tratamento, e; inexistência de danos extrapatrimoniais indenizáveis, teses que não comportam acolhimento.

Pois bem.

A tese de cerceamento de defesa não se sustenta na medida em que lide comportava o julgamento antecipado, nos termos do artigo 355, inciso I do Código de Processo Civil, haja vista que a questão controvertida nos autos é iminentemente de direito, mostrando-se suficiente a prova produzida, para dirimir as questões de fato suscitadas, como bem decidiu o juízo de origem.

Ademais, o Excelso Supremo Tribunal Federal já de há muito se posicionou no sentido de que a necessidade de produção de prova em audiência há de ficar evidenciada para que o julgamento antecipado da lide implique em cerceamento de defesa. A antecipação é legítima se os aspectos decisivos da causa estão suficientemente líquidos para embasar o convencimento do magistrado (RTJ 115/789).

As provas produzidas nos autos dispensam a produção de outras para o justo deslinde da questão, nem deixam margem de dúvida. Por outro lado, "o julgamento antecipado da lide, por si só, não caracteriza cerceamento de defesa, já que cabe ao magistrado apreciar livremente as provas dos autos, indeferindo aquelas que considere inúteis ou meramente protelatórias" (STJ.- 3ª Turma, Resp 251.038/SP, j. 18.02.2003 , Rel. Min. Castro Filho).

Sobre o tema, já se manifestou inúmeras vezes o Colendo Superior Tribunal de Justiça, no exercício de sua competência constitucional de Corte uniformizadora da interpretação de lei federal:

*“AGRAVO REGIMENTAL - AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO MONITÓRIA – CHEQUES PRESCRITOS - PRODUÇÃO DE PROVA - CERCEAMENTO DE DEFESA - REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO - IMPOSSIBILIDADE - SÚMULA 7/STJ – CAUSA DEBENDI - PROVA - DESNECESSIDADE – DECISÃO AGRAVADA MANTIDA - IMPROVIMENTO. I - Sendo o magistrado o destinatário da prova, e a ele cabe decidir sobre o necessário à formação do próprio convencimento. Desse modo, a apuração da suficiência dos elementos probatórios que justificaram o indeferimento do pedido de produção de provas demanda reexame do conjunto fático-probatório, providência vedada pela Súmula 7/STJ. II - O Acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte, no sentido de que é desnecessário que o credor comprove a causa debendi do cheque prescrito que instrui a ação monitória. III - O Agravo não trouxe nenhum argumento novo capaz de modificar a conclusão alvitrada, a qual se mantém por seus próprios fundamentos. Agravo Regimental improvido. (AgRg no Ag 1376537/SC, Rel. Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, julgado em 17/03/2011, DJe 30/03/2011).*

A mesma orientação é afirmada pelo Egrégio Tribunal de Justiça Paulista: *"O Juiz somente está obrigado a abrir a fase instrutória se, para o seu convencimento, permaneceram os fatos controvertidos, pertinentes e relevantes, passíveis de prova testemunhal ou pericial"* (JUTACSP – Lex 140/285, Rel. Des. Boris Kauffman), o que não ocorre no caso concreto.

Tratando-se de plano de saúde, são aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor.

Nas lições de Cláudia Lima Marques (in “Contratos no Código de Defesa do Consumidor”, 4ª edição, página 399):

*“(...) apesar da L. 9656/98, na sua versão atual, nominar os antigos contratos de seguro-saúde como planos privados de assistência à*

saúde, indiscutível que tanto os antigos contratos de seguro-saúde, os atuais planos de saúde, como os, também comuns, contratos de assistência médica possuem características e sobretudo uma finalidade em comum: o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde do consumidor e de sua família ou dependentes. Mencione-se, assim, com o eminente Professor e Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, que: ‘Dúvida não pode haver quanto à aplicação do Código do Consumidor sobre os serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo, de prestação especializada em seguro-saúde. A forma jurídica que pode revestir esta categoria de serviço ao consumidor, portanto, não desqualifica a incidência do Código do Consumidor. O reconhecimento da aplicação do Código do Consumidor implica subordinar os contratos aos direitos básicos do consumidor, previstos no art. 6º do Código(...)’

Portanto, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte vulnerável, visando estabelecer o equilíbrio do contrato.

De início, importante esclarecer que cabe ao “expert” que o acompanha e não ao plano de saúde indicar qual o melhor tratamento a ser ofertado ao paciente, portanto ante a expressa indicação médica e concordância de seus familiares, a exclusão de cobertura é abusiva, contrariando o próprio objeto do contrato (art. 51, IV, CDC) o que equivaleria a negar o direito do menor a uma vida com dignidade e desenvolvimento de sua comunicação e habilidades. Nesse sentido, já decidiu de modo inequívoco os Tribunais Superiores:

“CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. RECUSA NO CUSTEIO DE TRATAMENTO. INOVAÇÃO RECURSAL. DESCABIMENTO. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO NCPC. NÃO OCORRÊNCIA. TERAPIA

MULTIDISCIPLINAR. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES. IMPOSSIBILIDADE. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. EXEMPLIFICATIVO. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DO STJ. SÚMULA Nº 568 DO STJ. LIMITES DO REEMBOLSO À TABELA PRATICADA PELO PLANO. FALTA DE PRE QUESTIONAMENTO. SÚMULA Nº 211 DO STJ. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. (...)4. A jurisprudência desta Corte entende abusiva a cláusula contratual ou o ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. 5. A falta de previsão de material solicitado por médico, ou mesmo tratamento, no rol da ANS, não representa a exclusão tácita da cobertura contratual. (...) 8. Agravo interno não provido. (AgInt no REsp 1919906. Ministro MOURA RIBEIRO. DJ de 15.4.2021).

Ademais, tendo as partes 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 ré negar ao autor cobertura dos custos o tratamento indicado pelo médico que o assiste.

É incontroverso nos autos que o autor, com dor abdominal difusa, inespecífica e refratária a medicações há cerca de 10 dias, no dia 18.08.2024 foi internado em hospital da rede credenciada da requerida Albert Einstein, para tratamento, tendo lá sido submetido a procedimento cirúrgico de tromboectomia arterial da artéria mesentérica superior, associado a dilatação transoperatório de tronco celíaco e da artéria mesentérica superior, com implantação de stent, mediante anestesia geral.

Ocorre que a requerida teria deixado de arcar com as despesas hospitalares ensejando a cobrança do importe de R\$ 174.722,11 em desfavor do consumidor.

No caso, o contrato não exclui a cobertura das moléstias que acometem o autor, sendo de rigor a cobertura do tratamento indicado, não se reputando plausível a negativa de cobertura integral dos procedimentos necessários a tal tratamento, sob pena de torná-lo ineficaz ao seu objetivo. Ora, não há como se excluir o tratamento destinado ao restabelecimento do paciente, ainda mais quando o procedimento tenha sido indicado por médico especialista.

Esse entendimento, inclusive, foi congregado em enunciado sumular orientativo desta Corte:

“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.”

Desse modo, havendo a citada cobertura, é obrigação da ré disponibilizar o tratamento indicado ao consumidor, sendo descabida a alegação de que deve prevalecer a cláusula do contrato, porque coloca o consumidor em desvantagem exagerada, indo contra os princípios da boa-fé e equilíbrio contratual.

Havendo prescrição do tratamento pelo médico para a evolução da saúde e do bem-estar do autor, o plano de saúde não pode interferir ou restringir os procedimentos adotados pelo profissional, o que caracteriza a conduta ilícita.

Ademais, é considerada iníqua a cláusula que limita a cobertura a doenças, procedimentos e tratamentos. Assim, não se pode negar o direito do segurado a uma vida com dignidade, quando houver um tratamento idôneo a aliviar seu sofrimento, restituindo sua qualidade de vida e estendendo sua sobrevida. Neste sentido, confirmam-se os seguintes precedentes:

“APELAÇÃO CÍVEL PLANO DE SAÚDE Ação de obrigação de fazer Negativa de cobertura de sessões de terapia ocupacional, psicoterapia e fonoterapia Inadmissibilidade É vedado à seguradora influir na escolha do tratamento ao paciente, cabendo, apenas, ao

médico essa escolha Inteligência da Súmula nº 102 deste E. TJSP que não pode ser relativizada como pretende a recorrente Sentença mantida Recurso não provido” (TJSP; Apelação 1037123-71.2017.8.26.0114; Relator (a): José Carlos Ferreira Alves; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 09/04/2018; Data de Registro: 09/04/2018).

“AGRAVO DE INSTRUMENTO - Plano de saúde Menor com diagnóstico de transtorno do espectro autista - Indicação de tratamento médico mediante terapia ABA (integração psicológica, terapia ocupacional e fonoaudiologia) - 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 - Sumula 102 do TJSP - Método de tratamento específico necessário para conferir melhor qualidade de vida e desenvolvimento ao autista, o que não pode ser obtido pelo fornecimento de profissionais sem interação e experiência sobre o autismo - Obrigatoriedade de custeio integral se não for disponibilizado o tratamento prescrito na rede credenciada Reembolso determinado mediante a apresentação da nota fiscal da prestadora do serviço - Recurso desprovido” (TJSP; Apelação 1020696-33.2016.8.26.0114; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/12/2017; Data de Registro: 10/01/2018).

Destaca-se ainda que o Apelado possui em sua categoria de plano de saúde o Hospital Albert Einstein como credenciado, fato não controvertido pela Apelante, elemento que corrobora a procedência da pretensão inicial.

A respeito da alegação de não estar o tratamento inserido no rol de procedimentos aptos a receber cobertura contratual pelos planos de saúde, por forma das Resoluções Normativas da ANS nº 539 e nº 465, vale destacar a Lei de nº 14.454 de 21/09/2022 que alterou a Lei de nº 9.656/98, dispondo o quanto segue:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

[...]

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

[...]

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico

ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - 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.”

Em verdade, referido diploma legal fez cair por terra entendimento de que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo já que determina autorização de tratamento não listado no rol, se evidenciada a sua eficácia.

Portanto, fica a sentença mantida, inclusive por seus próprios fundamentos, que adoto como razão de decidir segundo permite o art. 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo.

No mais, para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS 18205 / SP, Ministro FELIX FISCHER, DJ 08.05.2006 p. 240).

#### **PREQUESTIONAMENTO ANOTADO.**

**Advirto as partes que a oposição de Embargos Declaratórios com fundamento em omissão de matéria regularmente tratada nesta decisão ou com finalidade de prequestionamento será interpretada como ato meramente protelatório e ensejará a condenação da parte embargante às penas por litigância de má-fé, diante da prévia anotação de prequestionamento das matérias aventadas nos autos.**



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Por fim, nos termos do artigo 85, § 11 do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios fixados em Primeiro Grau em favor dos patronos do apelado no montante de 10% (dez por cento) do valor da causa, para 12% (doze por cento), em vista da natureza e da complexidade da causa, do zelo dos profissionais e do trabalho realizado (artigo 85, § 2º do Código de Processo Civil).

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO**  
ao recurso.

**VITOR FREDERICO KÜMPEL**  
**Relator(a)**  
Assinatura Eletrônica