



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000382969

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001211-40.2024.8.26.0252, da Comarca de Ipauçu, em que é apelante UNIMED DE OURINHOS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, é apelada TEREZA DE SOUZA GODOY.

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.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº 11.760

Apelação Cível: 1001211-40.2024.8.26.0252

Apelante : Unimed de Ourinhos - Cooperativa de Trabalho Médico

Apelada : Tereza de Souza Godoy

Origem: Vara Única - Foro de Ipaçu

Juiz sentenciante: Dr(a). PAULO SERGIO JORGE FILHO

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. COBERTURA DE TRATAMENTO E REEMBOLSO DE DESPESAS C/C DANOS MORAIS. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. I. Caso em Exame. 1. Ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos materiais e morais. A autora, portadora de degeneração macular, necessitava de tratamento com anti-VEGF (Eylia) no olho direito, negado pela ré. Realizou o tratamento em clínica particular e buscou reembolso, também negado. A sentença julgou parcialmente procedente a ação, condenando a ré a autorizar o tratamento e reembolsar R\$ 2.400,00. II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste na obrigatoriedade da ré em custear o tratamento prescrito à autora, considerando o contrato anterior à Lei dos Planos de Saúde e não adaptado. III. Razões de Decidir. 3. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, conforme Súmulas 608 do STJ e 100 do TJSP, mesmo para contratos anteriores à Lei 9.656/1998. 4. A negativa de cobertura do tratamento prescrito é considerada abusiva, pois o contrato não pode limitar os tratamentos necessários para doenças cobertas. IV. Dispositivo e Tese. 5. **Recurso da ré a que se NEGA PROVIMENTO, com observação.** Tese de julgamento: 1. A cláusula contratual que exclui cobertura de tratamento necessário é abusiva. 2. A relação de consumo impõe a interpretação mais favorável ao consumidor. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor, arts. 47, 51, IV e § 1º, II; Lei 9.656/1998; Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso); Código Civil, art. 421. Jurisprudência Citada: STJ, AgInt no AREsp nº 2.132.206/SP, Rel. Min. Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, j. 27/03/2023; TJSP, Apelação Cível 1007320-65.2023.8.26.0362, Rel. Enio Zuliani, 4ª Câmara de Direito Privado, j. 13/01/2025.

Vistos.

Trata-se de Apelação interposta por UNIMED OURINHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, contra sentença que, em Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Provisória de Urgência e Danos Morais movida por TEREZA DE SOUZA GODOY, julgou parcialmente procedente a Ação.

Adoto o relatório da sentença de fls. 150/156, que ora transcrevo:

“Cuida-se de ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos materiais e morais ajuizada por TEREZA DE SOUZA GODOY em face de UNIMED OURINHOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. Aduz, em síntese, ser cliente da requerida desde 26 de agosto de 1998, sem carência; que é portadora de degeneração macular, demandando a realização do tratamento com anti-VEGF (Eylia) no olho direito com urgência, sob risco de perda irreversível da visão central; que solicitou a realização do referido exame, mas foi negada pela ré; que, ante à negativa da requerida, com a ajuda financeira de familiares, realizou a aplicação nos olhos em clínica particular, ao custo de R\$ 2.400,00; que buscou o reembolso do valor desembolsado, mas seu pedido não foi aceito sob a alegação de que o procedimento não possui cobertura contratual. Requer, em razão do exposto, (i) a concessão da tutela de urgência, determinando-se à requerida que autorize a realização do tratamento com anti-VEGF (Eylia) em seu olho direito, quando solicitado por médico credenciado a mesma, por tempo indeterminado; (ii) a procedência da ação para, confirmando a tutela de urgência, condenar a ré ao ressarcimento, em dobro, do valor do exame realizado em clínica particular, ou seja, R\$ 4.800,00, bem como ao pagamento de indenização por danos morais no quantum mínimo de R\$ 20.000,00.

Foi deferida a tutela de urgência (fls. 47/50).

A ré, em sua defesa, sustenta que o plano de saúde ao qual a requerente está afeta é um plano não regulamentado, contratando pelo SINDIFUSE (Entidade de Classe), firmado anteriormente à legislação setorial; que o plano de saúde contratado não abarca o procedimento indicado na inicial, consistente em tratamento ocular quimioterápico com aplicações de anti-angiogênico; que esse tipo de tratamento com a dispensação de medicação oncológica não tem cobertura para plano não regulamentado, independentemente de ser tratamento oftalmológico; que não se trata de negativa decorrente de rol taxativo, mas sim de não cobertura contratual; que não é unânime o tratamento proposto, além de possuir caráter eletivo, sem urgência; que o pedido de reembolso em dobro é descabido, vez que inexistente

cobrança indevida, e, via de consequência, não há que se falar em reembolso e muito menos em evolução em dobro; que, do mesmo modo, não há que se falar em indenização por danos morais. Pugna pela improcedência.

Houve réplica (fl. 149).”

Após a fundamentação, o pedido de danos morais restou afastado e, assim, o feito foi julgado parcialmente procedente para confirmar a tutela e “(i) condenar a ré à obrigação de fazer consistente na autorização do tratamento com anti-VEGF (Eylia) no olho direito da autora, conforme prescrição médica constante às fls. 36, enquanto perdurar o tratamento da patologia que acomete a parte autora; e (ii) condenar a ré ao reembolso do valor de R\$ 2.400,00, corrigido pela Tabela Prática do Tribunal de Justiça desde o desembolso e acrescida de juros de 1% ao mês a partir da citação, ressaltando que tais encargos observarão esta sistemática até o início da vigência da Lei 14.905/24, a partir de quando, então, a correção monetária será calculada pela variação do IPCA-IBGE (artigo 389, parágrafo único, do CC), e os juros de mora se contarão pela taxa SELIC, com a extirpação da variação do IPCA, no período, e com desprezo de eventuais juros negativos (406, §1º, do CC).”

Irresignada, a parte ré interpôs a mencionada Apelação (fls. 159/162), tendo alegado que (i) o consumidor tem a prerrogativa de mudar de plano de saúde, sendo que a opção em ficar num plano antigo é unicamente do consumidor, posto que os tratamentos e técnicas se atualizam, mas não alcançam planos não regulamentados, sob pena de desequilíbrio contratual; (ii) o reembolso não é devido, pois não há cobertura para o tratamento da apelada, mantendo-se as regras do contrato vigente entre as partes e (iii) caso devido reembolso, deve seguir os valores praticados pelos planos de saúde e não valores particulares.

Contrarrazões da autora, ora Apelada, devidamente apresentadas (fls. 168/172).

Processado o recurso, com as contrarrazões, subiram os autos.

O feito foi transferido à minha relatoria, conforme termo de fl. 178.

Instada a complementar o preparo (fl. 180), assim procedeu a parte ré, ora Apelante (fls. 183/185).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

A controvérsia recursal cinge-se à obrigatoriedade da ré em custear o

tratamento prescrito à autora.

O recurso não comporta provimento.

Observo, inicialmente, que o contrato entre as partes é anterior à vigência da Lei dos Planos de Saúde (9.656/1998) e não adaptado. Contudo, há de se aplicar as Súmulas 608 do C. Superior Tribunal de Justiça e 100 deste E. Tribunal de Justiça:

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

Súmula TJSP nº 100: “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”.

Logo, a avença contratual é de trato sucessivo, com o que se submete aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e, no caso, tendo em vista que a autora é idosa (fl. 16), da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

Nesse sentido, o Colendo Superior Tribunal de Justiça:

“CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO ANTERIOR À LEI N. 9.656/1998. INCIDÊNCIA DO CDC. SÚMULA N. 608/STJ. DOENÇA COBERTA. INDICAÇÃO MÉDICA. NEGATIVA DE ATENDIMENTO INDEVIDA. STENT. CIRURGIA CARDÍACA. REEXAME DE CONTEÚDO FÁTICO-PROBATÓRIO. INADMISSIBILIDADE. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. ACÓRDÃO RECORRIDO CONFORME A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AUSÊNCIA DE OMISSÃO NO ACÓRDÃO RECORRIDO. DECISÃO MANTIDA.

1. Inexiste afronta ao art. 1.022 do CPC/2015 quando o acórdão recorrido pronuncia-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo.

2. Acerca da recusa de custeio de prótese necessária ao ato cirúrgico, com base em contrato anterior à Lei n. 9.656/1998, o STJ tem decidido que, "Embora as disposições do aludido diploma legal, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não retroajam para atingir contratos celebrados antes de sua vigência (quando não adaptados ao novel regime), a eventual

abusividade das cláusulas pode ser aferida à luz do Código de Defesa do Consumidor. [...] Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar" (AgRg no AREsp n. 800.635/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 17/11/2016, DJe de 25/11/2016).

3. Apesar de as disposições da Lei n. 9.656/1998 só se aplicarem aos contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como aos contratos que, celebrados anteriormente, foram adaptados a seu regime, com base na proteção do consumidor, "É abusiva a cláusula contratual que exclui de cobertura a colocação de stent, quando este é necessário ao bom êxito do procedimento cirúrgico coberto pelo plano de saúde. Precedentes" (REsp n. 735.168/RJ, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/3/2008, DJe de 26/3/2008).

4. Com efeito, "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão" (SÚMULA 608, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018).

5. "[...] os planos de saúde podem, por expressa disposição contratual, restringir as enfermidades a serem cobertas, mas não podem limitar os tratamentos a serem realizados" (AgInt no AREsp 1.816.897/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 20/0/2021, DJe de 27/09/2021).

6. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos e nova interpretação de cláusulas contratuais (Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

7. Alterar o entendimento do Tribunal de origem, a fim de concluir que as cláusulas restritivas foram adequadamente redigidas - como pretende a ora agravante -, demandaria o reexame dos fatos e das provas, bem como nova análise dos termos pactuados, o que é vedado em recurso especial.

8. Agravo interno a que se nega provimento." (AgInt no AREsp n. 2.132.206/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023,

DJe de 31/3/2023.)

Em que pese a irresignação da ré, ora Apelante, restou incontroverso nos autos que à autora, diagnosticada com degeneração macular, houve indicação de tratamento com anti-VEGF (Eylia) no olho direito, conforme prescrição médica constante às fls. 36.

Como dito anteriormente, o Colendo Superior Tribunal de Justiça pacificou entendimento que: "**a jurisprudência deste Tribunal Superior é uníssona no sentido de que é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde terapia ou tratamento mais apropriado para determinado tipo de patologia alcançada pelo contrato**" (AgRg no AREsp 488.347/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/09/2014, DJe 26/09/2014), bem como que: "o contrato de plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas **não lhe sendo permitido, ao contrário, delimitar os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade constante da cobertura**" (AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 24/06/2014, DJe 05/08/2014).
(*grifei)

Veja-se, ainda, na lição do Eminentíssimo Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, por ocasião do julgamento do REsp nº 668.216 SP, a orientação no sentido de que: "(...) **não se pode negar o direito do contrato de estabelecer que tipo de doença está ao alcance do plano oferecido. Todavia, entendendo que deve haver uma distinção entre a patologia alcançada e a terapia. Não me parece razoável que se exclua determinada opção terapêutica se a doença está agasalhada no contrato. Isso quer dizer que se o plano está destinado a cobrir despesas relativas ao tratamento, o que o contrato pode dispor é sobre as patologias cobertas, não sobre o tipo de tratamento para cada patologia alcançada pelo contrato.** Na verdade, se não fosse assim, estar-se-ia autorizando que a empresa se substituísse aos médicos na escolha da terapia adequada de acordo com o plano de cobertura do paciente. E isso, pelo menos na minha avaliação, é incongruente com o sistema de assistência à saúde, porquanto 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. Além de representar severo risco para a vida do consumidor. Foi nessa linha que esta Terceira Turma caminhou quando existia limite de internação em unidade de terapia intensiva (REsp nº 158.728/RJ, da minha relatoria, DJ de 17/5/99), reiterado pela Segunda Seção (REsp nº 251.024/SP, Relator o Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira, DJ de 4/2/02). Isso quer dizer que o plano de saúde pode estabelecer que doenças estão sendo cobertas, mas não que o tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Assim,

*por exemplo, se está coberta a cirurgia cardíaca, não é possível vedar a utilização de stent, ou, ainda, se está coberta a cirurgia de próstata, não é possível impedir a utilização de esfíncter artificial para controle da micção. O mesmo se diga com relação ao câncer. Se a patologia está coberta, parece-me inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de que a quimioterapia é uma das alternativas possíveis para a cura da doença. Nesse sentido, parece-me que a abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, consumidor do plano de saúde, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno do momento em que instalada a doença coberta em razão de cláusula limitativa. 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.” (REsp. nº 668.216/SP, Terceira Turma, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, julgado em 15.03.2007). (*grifei)*

Nesse sentido, a Súmula 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça de São Paulo: *“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.”.*

A propósito, a Eminentíssima Ministra Nancy Andrighi, do C. STJ, em voto proferido pela julgamento do REsp 1.053.810/SP, fez a seguinte e importante observação, que ora se colaciona:

“O objetivo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto, desde que esteja prevista contratualmente a cobertura referente à determinada patologia; a seguradora se obriga a indenizar o segurado pelos custos com o tratamento adequado desde que sobrevenha a doença, sendo esta a finalidade fundamental do seguro-saúde.- Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor.”

Anote-se que tendo em vista a prescrição médica devidamente justificada para o tratamento à autora, era ônus da ré, ora Apelante, demonstrar a ausência dos requisitos legais para sua cobertura, nos termos da Lei, em especial, que não existiria eficácia de tal tratamento, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico.

Ausente prova nesse sentido, a cobertura era mesmo obrigatória.

Não se pode perder de vista, como exposto anteriormente, que a relação entre as partes é de consumo, portanto, a prescrição médica gera verossimilhança da alegação da eficácia de tal tratamento, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico, a permitir a inversão do ônus da prova.

Logo, não comprovou a Apelante que o tratamento da doença esta excluído da cobertura contratual. Assim, não pode delimitar o tratamento, como acima se expôs.

Mesmo que se trate de contrato não adaptado à Lei nº 9.656/98, como dito anteriormente, o entendimento acima esposado se dá ante o que preconiza o Código de Defesa do Consumidor, que, em seu artigo 47 dispõe que as cláusulas contratuais serão interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor.

A exclusão de cobertura do procedimento/tratamento, além de importar afronta ao princípio da boa-fé (artigo 51, inciso IV do Código de Defesa do Consumidor), representa clara afronta ao artigo 51, parágrafo 1º, inciso II do Código de Defesa do Consumidor, por colocar o consumidor em posição de desvantagem exagerada, restringindo direitos e obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto e equilíbrio contratual.

O caso em apreço, portanto, se ajusta aos dispositivos mencionados, porquanto verificou-se a exclusão de cobertura de tratamento devidamente prescrito, o que colocou a paciente em posição de desvantagem exagerada, de modo a colocar em risco a sua saúde, o que além disso, contraria a função social do contrato nos termos do que preconiza o artigo 421 do Código Civil. Assim, não há que se alegar que, em se tratando de contrato antigo “não adaptado”, os tratamentos e técnicas não são por ele alcançados.

Quanto ao reembolso, melhor sorte não assiste à Apelante.

O dever de ressarcimento ocorre em razão do adiantamento de despesas pela autora, face à negativa de cobertura abusiva e que lhe devem ser reembolsadas (fl. 46). Assim, uma vez que era obrigatória a cobertura, a restituição das importâncias adiantadas pela autora relativas ao tratamento é medida que se impõe.

Nesse sentido:

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – Ação de obrigação de fazer – Autor diagnosticado com Leucemia Mieloide Crônica (CID92.1) – Custeio do tratamento pleiteado pelo autor conforme prescrição médica – Procedência para o

fornecimento do tratamento indicado – Indenização por danos morais afastada. Inconformismo da requerida – Contrato anterior à Lei 9.656/98 e não adaptado – Cobertura para fornecimento do medicamento IMATINIBE 400mg (1cp/dia) – Alegação de ausência de cobertura contratual, por se tratar de contrato antigo (não adaptado) – Irrelevância – Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor – Tema 123 do C. STF e da Súmula 608 do STJ – Relatório médico que indica expressamente a necessidade do tratamento, sendo abusiva a negativa de custeio à luz do artigo 51, IV e § 1º, II, do CDC – Súmulas 100 e 102 deste TJ – Procedência mantida. Apelo do autor – Danos morais – Óbice colocado inicialmente pela ré que, embora abusivo, frustrando as expectativas da parte autora, não superou o simples dissabor do inadimplemento contratual, inexistindo nos autos comprovação de ocorrência de situações traumáticas ou que tenham causado piora na saúde do segurado – Indenização indevida. Sucumbência recíproca mantida – Honorários advocatícios – Alteração da base de cálculo – Incidência, para o autor, sobre o valor dos danos morais que lhe foram negados e, para a ré, fica determinado, de ofício, por ser matéria de ordem pública, que seja sobre o valor do tratamento indicado na exordial – Precedentes do C. STJ – Majoração apenas da verba devida pela requerida (art. 85, § 11, do CPC) diante do resultado. Não provimento aos recursos. (TJSP; Apelação Cível 1007320-65.2023.8.26.0362; Relator (a): Enio Zuliani; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mogi Guaçu - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 13/01/2025; Data de Registro: 13/01/2025)

APELAÇÃO. PLANOS DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. Sentença de procedência para determinar que a ré autorize e custeie tratamento via omalizumabe à autora, portadora de penfigoide bolhoso. Irresignação da operadora. Não acolhimento. Contrato não adaptado. Aplicação das normas consumeristas. Tema de Repercussão Geral 123. Súmula 608 do STJ. Tratamento ambulatorial que não está expressamente excluído do âmbito de cobertura obrigatória. Interpretação favorável ao consumidor, evitando a sua desvantagem excessiva. Inteligência dos arts. 47 e 51, IV, ambos do CDC. Cobertura devida ainda que se trate de prescrição off label. Jurisprudência do E. STJ. Medicamento registrado na ANVISA e expressamente prescrito pelo médico assistente diante da ineficácia dos tratamentos anteriores. Sentença mantida. APELO DESPROVIDO.

(TJSP; Apelação Cível 1130263 94.2023.8.26.0100; Relator (a): Donegá Morandini; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 30ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/10/2024; Data de Registro: 04/10/2024)

APELAÇÃO. Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos materiais e morais movida contra Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI. Autora portadora de degeneração macular, indicada terapia com injeções intravítreas de quimioterápico antiangiogênio eylia (aflibercept). Negativa de cobertura fundada em contrato não adaptado à Lei n. 9.656/98 e por não constar o procedimento no rol da ANS. Equilíbrio contratual, função social do contrato e boa fê-objetiva que devem prevalecer ainda que não tenha havido adaptação contratual à lei, ainda, que o procedimento não conste do rol da ANS cuja taxatividade deve ser flexibilizada e sem descurar dos teores da Súmula vinculante n. 123 do STF e Súmula n. 608 do STJ. Dever de indenizar por danos materiais devidamente configurado. Valores despendidos pela autora em razão da negativa abusiva de cobertura e que devem ser reembolsados. Comprovados os desembolsos. Dano moral, a seu turno, não caracterizado. Situação que importa em mero aborrecimento. Ausência de comprovação do nexo de causalidade entre a negativa de cobertura e piora no estado de saúde da autora. Situação em que pedido de tutela de urgência foi rapidamente atendido pelo Juízo. Demora entre a negativa de cobertura e o recurso ao Poder Judiciário. Situação que não pode ser imputada à ré. Sentença mantida. Recursos desprovidos. (TJSP; Apelação Cível 1112618-61.2020.8.26.0100; Relator (a): Débora Brandão; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 9ª Vara Cível; Data do Julgamento: 01/08/2024; Data de Registro: 02/08/2024)

PLANO DE SAÚDE Prescrição dos medicamentos "Apalutamida" e "Gosserelina" para paciente diagnosticado com adenocarcinoma de próstata Negativa de cobertura - Inaplicabilidade da Lei 9.656/98, por se tratar de contrato anterior e não adaptado Tese fixada pelo STF em sede de Repercussão Geral Tema 123 - Ausência de previsão expressa no rol da ANS que não deve ser interpretada em desfavor do beneficiário dos serviços Incidência do Código de Defesa do Consumidor, conforme Súmula 608, do STJ - Existência de cobertura para a doença Hipótese em que não pode ser negada a cobertura de tratamento necessário

para sanar os problemas de saúde de paciente cuja doença é coberta Impossibilidade de negativa de cobertura baseada na tabela AMB, defasada com relação às terapias atuais Aplicabilidade das Súmulas 95 e 102, deste Tribunal - Cobertura devida Incidência de honorários advocatícios sobre o valor da causa Sentença mantida - Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1121208-22.2023.8.26.0100; Relator (a): Moreira Viegas; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 11ª Vara Cível; Data do Julgamento: 20/05/2024; Data de Registro: 20/05/2024)

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Segurada portadora de Leucemia Mieloide Aguda. Prescrição do medicamento "Venetoclax 400mg". Sentença de procedência. Inconformismo da ré. Pacto firmado antes da Lei nº 9.656/98. Contrato não adaptado. Incidência do Tema 123 do STF. Inaplicabilidade da Lei nº 9.656/98. Entidade de autogestão. Inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor. Observância aos princípios da boa-fé contratual, probidade e função social do contrato. Havendo a cobertura da doença não poderá o plano de saúde limitar seu tratamento, negando-se ao custeio do tratamento necessário. A eleição da melhor terapêutica está sob a responsabilidade do médico e não do plano de saúde. Medicamento que é aplicado em ambiente domiciliar por simples avanço da medicina, o que não pode ser utilizado para desobrigar as operadoras de seu custeio, sob pena de desvirtuar o próprio objeto do contrato pactuado. Obrigação que deriva do objeto precípua do contrato formalizado entre as partes (assistência à saúde). Precedentes. Necessidade comprovada. Cobertura devida. Danos morais. Inocorrência. Mero dissabor, pois não há violação ao direito subjetivo do requerente. Condenação por danos morais afastada. Recurso parcialmente provido. (TJSP; Apelação Cível 1014178-25.2023.8.26.0003; Relator (a): Hertha Helena de Oliveira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional III - Jabaquara 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 09/05/2024; Data de Registro: 09/05/2024)

Apelação Plano de saúde Autora portadora de degeneração macular, sendo indicada terapia com injeções intravítreas do quimioterápico antiangiogênico EYLIA (AFLIBERCEPT) em ambos os olhos Negativa fundada em contrato não adaptado à Lei n. 9.656/98 e em razão do procedimento não constar do rol da ANS

Inadmissibilidade O equilíbrio contratual, a função social e a boa fé-objetiva devem vigorar independentemente de adaptação Tratando-se de questões relativas à saúde deve prevalecer a indicação médica mantida Recurso não provido. (TJSP; Apelação Decisão Cível 1005927-59.2017.8.26.0704; Relator (a): Luis Mario Galbetti; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XV - Butantã - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 18/12/2018; Data de Registro: 18/12/2018

Por derradeiro, para fins do artigo 1.025 do Código de Processo Civil, considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de se evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dou por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

Em razão do que restou decidido, nos termos do que dispõe o artigo 85, §11, do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios a serem pagos pela Apelante em favor dos causídicos da parte Apelada para o valor de R\$2.500,00 (dois mil e quinhentos Reais).

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, **com a observação** que fica retificado o artigo invocado no dispositivo, pois o julgamento da sentença se deu com resolução de mérito (artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil e não ao artigo 485, como constou à fl. 155).

É o voto.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora