



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000386134

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1012260-73.2023.8.26.0071, da Comarca de Bauru, em que é apelante UNIMED SEGURO SAÚDE S/A, são apelados FABIO RESENDE LEAL e ALINE MAYARA SAPELI LEAL.

ACORDAM, em 1ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Negaram provimento ao recurso. V. U. Sustentou oralmente o Dr. Alcimar L.Maziero Mondillo.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 22 de abril de 2025

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Comarca: Bauru

Apelação n. 1012260-73.2023.8.26.0071

Apelante: UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A.

Apelados: FABIO RESENDE LEAL e outro

Voto n.12091

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. CONTRATOS. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame. Recurso de apelação contra sentença que julgou parcialmente procedente o pedido inicial, condenando a requerida ao pagamento dos custos de cirurgia fetal e indenização por danos morais. II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em (i) a obrigatoriedade de cobertura de procedimento não listado pela ANS e realizado fora da rede credenciada, e (ii) a existência de danos morais indenizáveis. III. Razões de Decidir. 3. A negativa de cobertura é abusiva, conforme entendimento sumulado e jurisprudencial, pois há expressa indicação médica. 4. A recusa de cobertura em situação de urgência configura danos morais indenizáveis. IV. Dispositivo e Tese. 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura de procedimento indicado por médico é abusiva. 2. A recusa de cobertura em situação de urgência configura danos morais indenizáveis. Legislação Citada: CF/1988, art. 196; CDC, arts. 6º, III, e 54; CPC, art. 303; Lei 9.656/98, arts. 35-C e 35-F. Jurisprudência Citada: STJ, REsp 222148/SP, Rel. Min. Cesar Asfor Rocha, Quarta Turma, j. 01.04.2003; TJSP, Apelação Cível 1005150-09.2018.8.26.0003, Rel. Christine Santini, 1ª Câmara de Direito Privado, j. 30.09.2020; TJSP, Apelação Cível 1003513-60.2019.8.26.0529, Rel. Piva Rodrigues, 9ª Câmara de Direito Privado, j. 08.03.2021.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto para impugnar a sentença de fls. 534/551, cujo relatório adoto, que julgou parcialmente procedente o pedido inicial, confirmando a tutela antecipada requerida em caráter antecedente, concedida às fls. 227/229, para condenar a requerida ao cumprimento de obrigação de fazer, consistente no pagamento de todos os custos decorrentes da cirurgia fetal a que se submeteu a segunda autora, incluindo despesas hospitalares até efetiva alta e honorários médicos, sob pena multa diária fixada em R\$ 1.000,00, e ao pagamento da importância de R\$ 10.000,00, a título de indenização por danos morais, a ser atualizada pelos índices oficiais de correção monetária a partir da presente data (Súmula nº 362 do STJ), sem prejuízo dos juros moratórios à taxa legal de 1% (um por cento) ao mês, estes a contar da citação.

Segundo a apelante-ré, a sentença merece ser



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

reformada, em síntese, alega que o tratamento requerido pelos autores não consta do rol da ANS, bem como não foi comprovada a exceção de que trata a lei nº 14.454/2022. Questiona, ainda, a não obrigatoriedade da cobertura em estabelecimento não credenciado, haja vista a existência de rede credenciada apta a realizar o procedimento. Por fim, alega a inexistência de danos morais indenizáveis (fls. 554/575).

Recurso tempestivo, devidamente preparado e com apresentação de contrarrazões pela apelada (fl. 581/602).

Houve oposição ao julgamento virtual (fl.607).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso não merece provimento.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer c.c tutela de urgência. Alegam os autores, em suma, que são beneficiários do plano de saúde com cobertura nacional, no entanto, a autora precisou se submeter a uma intervenção cirúrgica intrauterina, haja vista o quadro de saúde do feto. Desta feita, marcaram consulta com o *Dr. Cleisson Fabio Andrioli Peralta*, um dos médicos capacitados para a realização do procedimento pela técnica da cirurgia aberta (correção da mielomeningocele fetal por mini-histerotomia), profissional esse que recomendou urgência, tão logo completada a 20ª semana de gestação, acentuando que a sua antecipação é extremamente benéfica ao bebê, pois diminui o tempo de exposição da medula ao líquido amniótico, devendo ser realizado, em razão de critérios objetivos (equipamentos e equipe de apoio adequados às exigências da medicina materno-fetal e da micro/neurocirurgia), na *Maternidade São Luiz Star, Vila Olímpia, São Paulo (SP)*, desde logo agendando, para tanto, o dia 30/05/2023. Entretanto, tendo recebido a solicitação de autorização e comunicada acerca da urgência do procedimento, a requerida apenas informou que havia enviado o pedido para análise, sem lhes dar eventual resposta. Daí, invocando inclusive a proteção do Código de Defesa do Consumidor, a razão da presente medida judicial a fim de que seja deferida tutela de urgência cautelar em caráter antecedente para que a requerida autorize e custeie, na íntegra, a realização da cirurgia de correção da disrafia espinhal intraútero, a ser realizada pelo médico especialista, incluindo despesas hospitalares até efetiva alta e honorários médicos, sob pena de multa diária, procedendo-se a sua regular citação, nos moldes prescritos pelo artigo 303, § 1º, inciso II, do Código de Processo Civil

Deferida a tutela antecipada postulada em caráter antecedente, nos termos do artigo 303 e seguintes do Código de Processo Civil (fls. 227/229), apresentou a requerida pedido de reconsideração (fls. 234/239), que foi desacolhido por força da decisão de fls. 251, seguindo-se a interposição de agravo de instrumento (fls. 272/290), recurso esse ao qual foi negado provimento (fls. 491/497).

Em sede de defesa, a parte ré apresentou contestação, alegando ausência de cobertura para o custeio das intervenções cirúrgicas, uma vez que não constam do rol da ANS, bem como não há provas de que tais



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

procedimentos se encaixam nas exceções previstas em lei. Ainda, que não há obrigatoriedade de custeio de tratamentos fora da rede credenciada, haja vista que possui rede e profissionais aptos ao atendimento, que a condenação gera um desequilíbrio e repercussão econômica, e por fim, que inexistem danos morais.

Após deslinde processual, sobreveio sentença de parcial procedência.

Inconformada, a parte ré interpôs o presente recurso de apelação.

Pois bem.

No caso concreto, os autores mantêm contrato de seguro saúde com a requerida. Desse modo, a parte autora, gestante, busca a condenação da parte ré ao custeio de intervenção cirúrgica, em caráter de urgência, haja vista que exames identificaram que o nascituro apresenta diagnóstico de "mielomeningocele (MMC) ou espinha bífida aberta (CID10-Q05)", anomalia congênita que consiste em uma abertura na coluna (arco vertebral) do feto por onde ocorre a exposição das raízes nervosas da medula ao líquido amniótico, tratando-se de síndrome grave, que pode provocar sequelas irreversíveis, devendo o procedimento ser realizado assim que completada a 20ª semana de gestação, por profissional habilitado, Dr. Cleisson Fabio Andrioli Peralta, que atua junto à Maternidade São Luiz Star, Vila Olímpia, São Paulo. E, como pedido secundário, buscam a condenação da requerida ao pagamento de indenização por danos morais que alegam ter experimentado em razão da negativa administrativa verificada.

Inicialmente, convém ter em mente qual a natureza dos serviços prestados pelos convênios médicos. O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e garante a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Pelo texto constitucional, todos deveriam ter acesso a um serviço de saúde digno e eficiente prestado pelo Estado. É fato notório que o texto não espelha a realidade e as pessoas acabaram se socorrendo nos últimos anos de empresas que prestam esse serviço, autorizadas pelo artigo 199 também da Carta Magna. Assim, não deve escapar a nossa reflexão que a assistência médica é direito constitucional do cidadão e não pode ser equiparada a uma prestação de serviço qualquer, embora prestada por empresas privadas que substituem a ação estatal.

Também não devemos perder de vista que desde 1990 vige entre nós o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8078/90) que estabelece garantias mínimas, principalmente nos casos de contratos de adesão. Preocupou-se o legislador que aquele que viesse a contratar não pudesse ser surpreendido com cláusulas das quais não lhe foi dada plena ciência ou que pudessem de qualquer modo, acaso conhecidas, influenciar sua vontade de contratar.

Assim, o artigo 54 do referido diploma dispõe, em seu parágrafo terceiro, que os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor. E, no parágrafo quarto, que as cláusulas que

implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

No caso *sub judice*, há entendimento sumulado desta Corte Paulista, no sentido de haver cobertura contratual para procedimentos indicados pelo médico, mesmo que eles não estejam listados pela ANS: “*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*”.

A aventada exclusão contratual não pode ser aplicada, por decorrer de cláusula que prevê a exclusão de cobertura de procedimentos ou medicamentos não listados no rol publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A redação do contrato não aponta com clareza quais os procedimentos excluídos, em afronta à disposição do artigo 6º, III, do CDC. Além disso, temos que o segurado ou conveniado não participa da elaboração da referida lista, pelo que se trata de cláusula com caráter potestativo, maculando o consentimento colhido no momento da adesão contratual.

A prevalecer a tese de que somente os procedimentos ou medicamentos listados devem ter cobertura contratual temos que se colocaria óbice a aplicação dos benefícios dos avanços da ciência médica, fugindo ao próprio objeto do contrato, que é o de prestar assistência médica ao segurado de forma eficiente e confortável.

Nesse sentido é a longeva jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça: “*AÇÃO DE COBRANÇA. CONTRATO DE COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR (SEGURO-SAÚDE). CLÁUSULA DE EXCLUSÃO DE DOENÇA. CONTRATO DE ADESÃO. INTERPRETAÇÃO A FAVOR DO ADERENTE.*” *A interpretação de contrato de assistência médico hospitalar, sobre a cobertura ou não de tratamento de determinadas moléstias, reclama o reexame de cláusulas contratuais e dos fatos da causa, procedimentos defesos no âmbito desta Corte, a teor de seus verbetes 5 e 7*” (Resp n. 222.317-SP, relator em. Ministro SÁLVIO DE FIGUEIREDO TEIXEIRA). *Estabelecida a premissa acerca da dubiedade da cláusula inserta em contrato de adesão, deve ela ser interpretada a favor do aderente. Recurso especial não conhecido*”. (REsp 222148 / SP - RECURSO ESPECIAL 1999/0059652-8 - Ministro CESAR ASFOR ROCHA - QUARTA TURMA - 01/04/2003 - DJ 30.06.2003 p. 250).

De igual forma a jurisprudência paulista:

“*Apelação Cível. Plano de saúde – Ação de cobrança movida por hospital – Denúnciação da lide à seguradora – Sentença de procedência – Recurso da denunciada – Negativa de cobertura a exame e material utilizado no tratamento do filho da beneficiária – Alegação de ausência de previsão no rol de cobertura da ANS – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – Súmula nº 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça – Rol da ANS que não pode ser considerado taxativo – Agência reguladora que não pode limitar direito de forma a tornar inócuo o tratamento – Reconhecida defasagem entre regulamentações administrativas e avanço da medicina – Dever da ré cobrir, integralmente, as despesas médico-hospitalares. Nega-se provimento ao recurso.*” (TJSP; Apelação Cível 1005150-09.2018.8.26.0003; Relator



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

(a): Christine Santini; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional III - Jabaquara - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/09/2020; Data de Registro: 30/09/2020) (grifei).

“Apelação. Plano de saúde. Ação de Cobrança. Recusa de autorização de insumos para cirurgia para implante stent. Sentença de procedência. Inconformismo da ré denunciada. Não provimento. Abusividade da recusa de cobertura reconhecida. Consiste em atribuição do médico, não do plano de saúde, indicar os meios e insumos necessários e indispensáveis ao caso do paciente, ligados ao ato cirúrgico. A cláusula contratual que, a despeito da cobertura da moléstia que acomete o consumidor, exclui o fornecimento dos meios necessários ao êxito do tratamento é reputada nula porquanto abusiva e configuradora de onerosidade excessiva. Diretrizes de utilização, constantes de regulação administrativa divulgada pela ANS, não podem servir como impeditivo à solução terapêutica indicada pelo médico e não são necessariamente excludentes de outros procedimentos possíveis e modernos. Preservação do objeto final máximo do contrato, de resguardo à incolumidade física, à saúde e à vida do paciente. Aplicação das Súmulas 93 e 102 deste TJSP. Recurso não provido.” (TJSP; Apelação Cível 1003513-60.2019.8.26.0529; Relator (a): Piva Rodrigues; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santana de Parnaíba - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 08/03/2021; Data de Registro: 08/03/2021 — grifo nosso).

Assim, se o profissional prescreve a realização do procedimento, visando a cura ou melhora da doença, o procedimento e os insumos devem merecer cobertura contratual. Entende-se a preocupação das empresas de seguro saúde ou assistência médica em evitar o custeio, mas, no caso concreto, está se realizando o próprio objeto do contrato, qual seja, a busca da cura. Não importa que não conste da lista da ANS, importa que o médico considerou o tratamento adequado ao paciente.

Nesse sentido:

“Os planos de assistência à saúde foram moldados legalmente para compreender todas as ações necessárias à manutenção e à recuperação da saúde do consumidor, na esteira do que prescreve o artigo 35-F da Lei 9.656/98. Nos casos de emergência em que há concreto risco de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, aferido por laudo médico, bem como de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, é obrigatória a cobertura do atendimento pela operadora de plano de saúde, nos termos do artigo 35-C da Lei 9.656/98. Nesse contexto, ante a falta de especialista da rede credenciada apto a realizar o procedimento de urgência de que necessitava o primeiro autor, impõe-se o reembolso dos valores efetivamente despendidos na contratação emergencial, não podendo prevalecer a restrição contratual que limita o ressarcimento ao valor equivalente aos custos do atendimento realizado na rede credenciada.” (Acórdão 775847, TJ-DF, unânime, Relator: JAMES EDUARDO OLIVEIRA, 4ª Turma Cível, Data de Julgamento: 26/3/2014) (grifei).

Outrossim, no que concerne à obrigatoriedade do custeio fora da rede credenciada, entendo que a pretensão autoral encontra amparo, uma vez que não há elementos que indiquem que os autores tenham



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

deliberadamente preterido a rede credenciada.

Ademais, em que pese as razões apresentadas, a parte ré, ora apelante, não logrou êxito em comprovar que os profissionais e estabelecimentos indicados estariam aptos a realizar a intervenção cirúrgica, pelo contrário, os autores trouxeram aos autos documentos que denotam a ausência da especialidade na rede credenciada (fls. 210/213).

Quanto aos danos morais, entendo que a postura adotada pela ré, em situação clara de emergência ou urgência, expôs e fragilizou ainda mais os autores, configurando-se, assim, o dano moral indenizável.

Importante destacar que o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência, há configuração de danos morais indenizáveis, conforme o agravo interno no agravo em recurso especial nº 2385422 / MG:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSOESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. QUANTUM INDENIZATÓRIO ARBITRADO COM PROPORCIONALIDADE. CONSONÂNCIA DO ACÓRDÃO RECORRIDO COM AJURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNODESPROVIDO. 1. A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação. Súmula 597/STJ. 2. Ademais, “a jurisprudência desta Corte é no sentido de que o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência, segundo entendimento jurisprudencial desta Corte, há configuração de danos morais indenizáveis” (AgInt no REsp 1.838.679/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 03/03/2020, DJe de 25/03/2020). 3. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente pode ser revisado em sede de recurso especial quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) não se mostra exorbitante nem desproporcional aos danos sofridos em decorrência da negativa ilegítima de cobertura de tratamento para câncer em caráter de emergência/urgência, tendo em vista o risco à vida e à saúde da paciente. 4. O entendimento adotado no acórdão recorrido coincide com a jurisprudência assente desta Corte Superior, circunstância que atrai a incidência da Súmula 83/STJ. 5. Agravo interno a que se nega provimento.” (AgInt no AREsp n. 2.385.422/MG, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 13/11/2023, DJe de 21/11/2023.). 27.04.2010 - grifei).

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



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

ofensa” (Boletim AASP 2089:174).

Ainda, critérios, como a própria extensão e repercussão do dano, a condição econômico-financeira das partes e, ainda, razoabilidade e proporcionalidade, devem ser observados.

Ante as circunstâncias narradas, entendo que o *quantum* arbitrado na sentença, encontra-se em consonância com os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, sem ensejar enriquecimento ilícito. Ademais, reputo que tal valor indenizatório atende à sua finalidade pedagógica e punitiva, de modo a desestimular a repetição do ato ilícito perpetrado pela recorrente.

Face ao exposto, e considerando o entendimento acima, nada a modificar na sentença proferida.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, imponho honorários sucumbenciais e recursais no importe de 15% sobre o valor da condenação, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, além da responsabilidade pelas custas e despesas processuais. Anoto que os presentes honorários substituem aqueles que foram fixados em primeiro grau de jurisdição.

Posto isso, **nego provimento** ao recurso.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora