



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000360057

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2040429-04.2025.8.26.0000, da Comarca de São João da Boa Vista, em que é agravante JOSÉ PEDRO FERNANDES CAMPANA, é agravado ASSOCIAÇÃO MAIS SAÚDE SANTA CASA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA.

ACORDAM, em 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Por maioria de votos, negaram provimento ao recurso. Vencida a Relatora, que declara. Acórdão com 3º Juiz.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores ADEMIR MODESTO DE SOUZA, vencedor, LIA PORTO (Presidente), vencida, LIA PORTO (Presidente) E JOSÉ RUBENS QUEIROZ GOMES.

São Paulo, 9 de abril de 2025

ADEMIR MODESTO DE SOUZA
Relator designado



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Agravo de Instrumento nº 2040429-04.2025.8.26.0000.

Agravante: **José Pedro Fernandes Campana.**

Agravada: **Associação Mais Saúde Santa Casa de São João da Boa Vista.**

Comarca: São João da Boa Vista.

Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado.

Relatora sorteada: **LIA PORTO.**

Relator designado: **ADEMIR MODESTO DE SOUZA.**

V O T O N.º. 13581

DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TÉCNICA CIRÚRGICA COM ROBÓTICA.

1. Agravo contra decisão que indeferiu tutela de urgência para obrigar a operadora a custear técnica robótica.
2. A agravante contratou plano de categoria inferior, ofertado por Santa Casa do interior, cuja cobertura não contempla cirurgia robótica, mas assegura procedimento convencional similar, incluído no rol da ANS.
3. Cinge-se a controvérsia em aferir se: (i) a operadora está obrigada a custear técnica não prevista no rol da ANS, quando existe alternativa eficaz; e (ii) em caso de recusa, se o beneficiário tem direito ao reembolso integral do valor pago por procedimento fora da cobertura ou apenas à limitado ao custo que teria com a técnica convencional.
4. O contrato prevê cobertura para cirurgia pela via tradicional, estando em conformidade com o rol da ANS.
5. A técnica robótica, embora indicada pelo médico particular, não integra a cobertura mínima obrigatória.
6. A contratação de plano de menor abrangência impede a pretensão de obter vantagens próprias de planos superiores.
7. O consumidor, ao optar por categoria inferior, assume os limites de cobertura contratual, nos termos da boa-fé objetiva e do equilíbrio atuarial.
8. O custeio da cirurgia robótica representa custo elevado que afeta diretamente o equilíbrio financeiro do plano coletivo de pequeno porte, podendo comprometer a viabilidade do serviço prestado aos demais beneficiários.
9. A jurisprudência do STJ admite, em situações análogas (como internações em clínicas particulares fora da rede credenciada), a restituição limitada ao valor que o plano desembolsaria pelo procedimento previsto contratualmente.

10. Plano de saúde que deve reembolsar o usuário apenas no valor equivalente ao que seria gasto com a realização da cirurgia pelas vias convencionais, incluídas as despesas pertinentes, a serem apuradas por arbitramento.
11. Recurso desprovido.

1. Trata-se de agravo de instrumento (fls. 01/22) interposto por **JOSÉ PEDRO FERNANDES CAMPANA** contra a r. decisão de fls. 68/69 dos autos de origem, que indeferiu a tutela de urgência em face de **ASSOCIAÇÃO MAIS SAÚDE SANTA CASA DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**, para fins de cobertura à cirurgia com assistência robótica.

Alega o agravante que o procedimento foi recomendado por seu médico assistente, considerando suas comorbidades, e que o método convencional é mais invasivo e não terá a mesma eficácia, devendo, então, ser a cirurgia com assistência robótica coberta pelo plano de saúde.

Agravo preparado (fls. 97/97), contrarrazoado (fls. 141/162) e com tutela de urgência parcialmente deferida (fls. 105/107).

É o relatório.

2. O recurso *não* comporta provimento.

Cinge-se a controvérsia em torno da obrigatoriedade de custeio, por plano de saúde regional (Santa Casa de São João da Boa Vista), de cirurgia com técnica robótica – não prevista contratualmente –, diante da existência de método cirúrgico convencional coberto pelo plano.

De fato, o contrato celebrado entre as partes não contempla a cobertura de cirurgia robótica, mas prevê expressamente a

cobertura do mesmo procedimento por método tradicional, eficaz e seguro.

Assim, a livre contratação e a preservação do equilíbrio econômico-financeiro do plano devem ser respeitadas, pois o agravante aderiu a plano de abrangência e cobertura inferior, não podendo pretender tratamento típico de planos superiores, sob pena de distorção contratual e comprometimento da coletividade de beneficiários.

Em suma, a pretensão equivale a exigir prestação não pactuada, como se o consumidor de bilhete de classe econômica pretendesse usufruir benefícios da classe executiva, em prejuízo ao grupo segurado, mormente ao se tratar de operadora de pequeno porte, ligada à Santa Casa local, em que o impacto financeiro da cobertura de procedimento de alto custo e tecnologia avançada comprometeria a sustentabilidade do plano, contrariando a função social e a equidade na gestão de recursos comuns.

Todavia, não se ignora que o procedimento, na forma convencional, seria custeado pelo plano, sendo razoável reconhecer o direito ao reembolso, limitado ao valor que a operadora dispenderia com a cirurgia tradicional, conforme os parâmetros contratuais e regulatórios, a ser apurado em fase de cumprimento de sentença, por arbitramento, considerando as despesas com honorários médicos, materiais, diárias hospitalares e demais custos compatíveis com a realização do procedimento na forma prevista no contrato, orientação essa que se alinha à jurisprudência do STJ, que, em sentido análogo, admite o reembolso limitado ao custo que o plano teria com o tratamento coberto.

Nesse sentido, o Parecer Técnico nº 34/GEAS/GGRAS/DIPRO preceitua que:

O art. 12 da RN n.º 465/2021 estipula que as intervenções realizadas por laser ou outras técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada. Nestes casos, as taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, inclusive dispositivos e produtos a laser, necessários para a sua execução, possuem cobertura obrigatória, *desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante, nos termos do artigo 8º, inciso III, da RN n.º 465/2021.* Importante destacar que parágrafo único do citado artigo garante ainda que todas as escopias listadas nos Anexos terão igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens. Portanto, caso o profissional assistente solicite um procedimento que conste no Rol vigente, mas concomitantemente solicite materiais/dispositivos utilizados exclusivamente em procedimentos cuja técnica não conste especificada no Rol de Procedimentos, *a operadora não está obrigada a cobri-los, desde que isto esteja devidamente comprovado nas indicações da bula/manual/instruções de uso junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA ou disponibilizada pelo fabricante.* Nestes casos, a operadora de planos de saúde estará cumprindo a legislação competente ao garantir o procedimento “convencional”, assim como as taxas, materiais/dispositivos, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução do procedimento de cobertura obrigatória, *desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual/instruções de uso, respeitados ainda os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde,* conforme o Artigo 8º, inciso III, da RN n.º 465/2021. (g.n.) (https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_34_2021_tecnica_minimamente_invasiva_laser_navegador_robotica_es_copias_radiofrequencia.Pdf).

Portanto, a recusa da operadora é legítima, dado que a opção por técnica não coberta descaracteriza a ilicitude, importando destacar que os planos de saúde possuem rede credenciada para

procedimentos, sendo o custeio limitado aos valores da tabela contratual quando há escolha de profissionais ou métodos não credenciados.

Com efeito, a responsabilidade das operadoras, prevista nos artigos 12 e 35-C da Lei 9.656/98, não é absoluta, devendo ser analisada à luz das circunstâncias contratuais e da boa-fé objetiva, pelo que se afere, na hipótese, que não há qualquer violação ao princípio da boa-fé.

Destarte, quanto ao pedido de ressarcimento, resta evidente que não há como imputar à operadora o custeio integral de procedimento realizado sem sua ciência e fora dos limites do contrato, não se configurando abusividade ou falha no serviço prestado. A esse respeito:

DIREITO À SAÚDE. **PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. COBERTURA PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO COM *TÉCNICA ASSISTIDA POR ROBÔ***. 1. Apelações da operadora de plano de saúde e da fundação de autogestão contra sentença que julgou procedente o pedido de cobertura de procedimento cirúrgico com técnica robótica, confirmando tutela de urgência. 2. Há três questões em discussão: (i) saber se a operadora de saúde é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda; (ii) aferir se o Código de Defesa do Consumidor é aplicável ao caso envolvendo plano de autogestão; e (iii) examinar se é devida a cobertura de procedimento cirúrgico (prostatectomia radical com linfadenectomia assistida por robô) não incluído no rol da ANS. 3. Quanto à ilegitimidade passiva, rejeita-se a preliminar, seja porque a primazia do julgamento de mérito será mais favorável à operadora, seja porque este mesmo colegiado já decidiu pela legitimidade passiva em caso análogo. 4. A inaplicabilidade do CDC se justifica por se tratar de entidade de autogestão, conforme a jurisprudência consolidada no STJ (Súmula 608). 5. *A técnica cirúrgica com uso de robótica não possui comprovação de superioridade terapêutica em relação ao procedimento convencional, sendo descabida sua cobertura obrigatória diante da existência de alternativa eficaz já incorporada ao rol da ANS*. 6. A recomendação contrária da CONITEC e parecer técnico

do NatJus desfavorável ao uso da tecnologia reforçam a ausência de obrigatoriedade de cobertura. 7. **Revogada a tutela de urgência e reformada** a sentença, com inversão dos ônus sucumbenciais. 8. Recurso provido. (TJSP; Apelação Cível 1012099-73.2022.8.26.0079; Relator: Ademir Modesto de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Botucatu - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/04/2025; Data de Registro: 07/04/2025) (g.n.).

Ação de obrigação de fazer cumulada com reparação de danos. Autor diagnosticado com neoplasia da próstata. **Prescrição médica de procedimento cirúrgico de prostatectomia robótica radical. Ausência de solicitação de cobertura. Opção do apelado pela realização do procedimento em hospital e com profissionais particulares não credenciados. Irrelevância de existência ou não de disponibilidade da cirurgia com utilização de robótica na rede credenciada, ante a não solicitação de cobertura. Inobservância da RN ANS 395/2016 (arts. 8º e seguintes). Inaplicabilidade da Súmula 102 do TJSP, em razão de inexistência de prova de negativa de cobertura. Reembolso da totalidade das despesas relativas ao procedimento indevido. Reembolso devido na forma prevista no contrato ou, na ausência de previsão, pelos valores praticados pelos estabelecimentos e profissionais credenciados ou contratados para a prestação do mesmo serviço.** Recurso parcialmente provido. (TJSP; Apelação Cível 1005045-46.2021.8.26.0320; Relator: Ademir Modesto de Souza; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Limeira - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/12/2021; Data de Registro: 08/12/2021) (g.n.).

3. Ante o exposto, ***nega-se provimento ao recurso e revoga-se a tutela de urgência.***

ADEMIR MODESTO DE SOUZA
Relator designado



Agravo de Instrumento nº 2040429-04.2025.8.26.0000

Relatora: **LIA PORTO**

Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado

Comarca: **São João da Boa Vista**

Agravante(s): **José Pedro Fernandes Campana**

Agravado(a)(s): **Associação Mais Saúde Santa Casa de São João da Boa Vista**

Voto nº 8541

DECLARAÇÃO DE VOTO VENCIDO

Trata-se de agravo de instrumento contra decisão de fls. 68/69 dos autos originais que indeferiu o pedido de tutela antecipada feito pela parte autora para obrigar a parte ré a custear a cirurgia pelo método prescrito por seu médico assistente.

Agrava a parte autora sustentando, em síntese, que a cirurgia com assistência robótica foi recomendada por seu médico assistente considerando as comorbidades.

Contrarrazões às fls. 141/162.

É o relatório.

Pelo meu voto, dava parcial provimento ao recurso.

Respeitado o entendimento da d. Maioria, tenho que possível o ressarcimento da taxa do robô.

Pois bem.

Consta dos autos que a cirurgia foi autorizada pelo método tradicional.

Às fls. 49 dos autos originais está acostado o laudo do médico assistente da parte autora. Nele consta que o paciente tem sobrepeso que, por si, impediria “acesso cirúrgico por vias normais, que não robótica”. Além disso, que o método possui “menor morbidade, recuperação precoce e menor permanência hospitalar”. Não há nenhuma indicação de urgência.

Às fls. 50 dos autos originais está acostado relatório do médico contratado para realizar a cirurgia, já que o médico assistente não a realizaria. Neste relatório consta que o paciente “encontra-se em retenção urinária e uso de sonda vesical de demora, paciente hipertenso e idoso, com risco cirúrgico aumentado. Necessitando assim de intervenção cirúrgica de urgência”. O plano de saúde informou que tal médico não é credenciado, indicando outros médicos para a realização da cirurgia pelo procedimento pelas vias normais autorizada.

No julgamento do REsp n. 1.733.013/PR (relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 10/12/2019, DJe de 20/2/2020) o STJ em superação da jurisprudência anterior, passou a entender o Rol da ANS como taxativo, destacando-se o foco na ciência:

3. A elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, apresenta diretrizes técnicas relevantes, de inegável e peculiar complexidade, como: utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS; observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE; e resguardo da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

(...)

7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de

servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delineia também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses - notadamente econômicos - da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar.

Já no julgamento dos EREsp n. 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.), o STJ firmou a posição sobre a taxatividade do Rol, admitindo-se excepcionalmente sua mitigação observados determinados parâmetros:

A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol.

(...)

Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com

entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva *ad causam* da ANS.

A esse julgamento seguiu a edição da Lei 14.454/22, que incluiu o parágrafo 13 ao artigo 12 da Lei 9.656/98 para consagrar a taxatividade e as hipóteses de mitigação, sempre considerando a utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e princípios da saúde baseada em evidências (SBE):

§ 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.

Ficou suficientemente demonstrado nos autos, até o momento, hipótese mitigadora da taxatividade do rol com fulcro na medicina baseada em evidências. A recomendação médica está amparada em fatores de risco específicos do paciente para a cirurgia tradicional. A negativa do plano, por outro lado foi genérica e não

enfrentou os elementos técnicos específicos trazidos pelo médico assistente.

Com base na Lei nº 9.656/98, os atendimentos guiados pelas operadoras de plano de saúde devem ocorrer preferencialmente dentro da rede credenciada. Apenas em caso de inexistência ou de inaptidão que o tratamento poderá ser feito em prestador particular, mediante pagamento direto.

A disponibilidade, pelos mesmos fundamentos, deve ser provada pela parte ré, sob seu ônus processual, sob pena de se considerar inexistente a oferta de clínicas/prestadores.

Apenas em caso de inexistência ou de inaptidão que o tratamento poderá ser feito em prestador particular, mediante pagamento direto da ré ao prestador.

Dessa forma, deferia parcialmente a tutela de urgência, para autorizar o custeio da técnica robótica, preferencialmente com médico credenciado pelo plano.

Contudo, considerando que a cirurgia já foi realizada, antes mesmo da publicação do despacho que havia concedido parcialmente a tutela recursal, houve a perda parcial do objeto.

O agravante não quis aguardar a tutela jurisdicional, de forma que não é possível afirmar-se o seu descumprimento.

Ademais, não há qualquer indício de que o médico indicado não seja capacitado para a realização da técnica.

Ante o exposto, **dava parcial provimento ao recurso,**



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

apenas para determinar o ressarcimento da taxa do robô.

LIA PORTO
Relatora vencida
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Este documento é cópia do original que recebeu as seguintes assinaturas digitais:

Pg. inicial	Pg. final	Categoria	Nome do assinante	Confirmação
1	7	Acórdãos Eletrônicos	ADEMIR MODESTO DE SOUZA	2A5C91B2
8	13	Declarações de Votos	MARIA LIA PINTO PORTO CORONA	2A6B907A

Para conferir o original acesse o site:

<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/sg/abrirConferenciaDocumento.do>, informando o processo 2040429-04.2025.8.26.0000 e o código de confirmação da tabela acima.