



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000389300

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001153-73.2024.8.26.0337, da Comarca de Mairinque, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, é apelado AILTON DIAS BITTENCOURT.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Conheceram em parte do recurso e, na parte conhecida, negaram-lhe provimento. 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, 23 de abril de 2025.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Voto nº 11.762

Apelação Cível: 1001153-73.2024.8.26.0337

Apelante : Notre Dame Intermédica Saúde S/A

Apelado : Ailton Dias Bittencourt

Origem: 1ª Vara - Foro de Mairinque

Juiz sentenciante: Dr(a). Camila Mota Giorgetti

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DA RÉ. I. Caso em Exame. 1. O Autor, beneficiário de seguro-saúde administrado pela ré desde 1992, realizou procedimento de cateterismo em 31 de janeiro de 2023, com indicação médica urgente para angioplastia com introdução de *stent* devido ao risco de infarto. Pagou R\$ 32.656,25 pelo procedimento, sendo que a ré se recusou a ressarcir tal valor sob alegação de que o plano não prevê reembolso, visto que anterior à Lei dos Planos de Saúde. A sentença condenou a ré ao pagamento de R\$ 32.656,25 por danos materiais e R\$ 5.000,00 por danos morais. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em verificar (i) a obrigatoriedade da ré em custear e reembolsar o procedimento médico realizado pelo autor e (ii) se a negativa de custeio gerou dano moral indenizável. III. Razões de Decidir 3. O contrato entre as partes, anterior à Lei 9.656/1998, é regido pelo Código de Defesa do Consumidor, conforme Súmulas 608 do STJ e 100 do TJSP, que determinam a aplicação do CDC a contratos de plano de saúde. 4. A negativa de cobertura do procedimento indicado é considerada abusiva, conforme jurisprudência do STJ, que proíbe a exclusão de tratamentos necessários para doenças cobertas pelo plano. IV. Dispositivo e Tese 5. **Recurso da ré NÃO CONHECIDO em parte e, na parte conhecida, a que se NEGA PROVIMENTO.** Tese de julgamento: 1. Deve haver aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, mesmo que anteriores à Lei 9.656/1998. 2. É abusiva a negativa de cobertura de tratamento necessário para doença coberta pelo plano. 3. Dano moral caracterizado. 4. Quantum fixado se mostra proporcional e razoável de acordo com os precedentes deste E. TJSP. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor, art. 47, art. 51, inciso IV e parágrafo 1º, inciso II. Código Civil, art. 186, art. 421. Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso). 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 1010316-02.2021.8.26.0008, Rel. Marcia Dalla Déa Barone, 4ª Câmara de Direito Privado, j. 14/03/2022.

Vistos.

Trata-se de Apelação interposta por NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A., contra sentença que, em Ação de Indenização por Danos Materiais e Morais movida por AILTON DIAS BITTENCOURT, julgou procedente o feito.

Adoto o relatório da sentença de fls. 189/195, que ora transcrevo:

“AILTON DIAS BITTENCOURT ingressou com AÇÃO INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS E MATERIAIS em face de NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A., alegando que é beneficiário de seguro-saúde administrado pela ré desde janeiro de 1992. Sustenta que em 31 de janeiro de 2023 realizou procedimento de cateterismo e a equipe médica lhe indicou a realização de urgente angioplastia por conta de risco eminente de infarto fulminante. Pelo cateterismo cardíaco, angioplastia coronária e a introdução de um Stent convencional necessitou realizado o pagamento da importância de R\$ 32.656,25, sob promessa de reembolso pela ré no prazo de sete dias. Entretanto a requerida se recusa a ressarcir-lo ao argumento de que seu plano não prevê o ressarcimento. Requer a condenação da ré no pagamento de indenização pelos danos materiais no valor de R\$ 32.656,25 e morais suportados na importância de 10 salários mínimos. A inicial veio acompanhada de documentos (fls. 09/108)

Citada, a requerida apresentou contestação às fls. 115/136, alegando, preliminarmente, a inépcia da Inicial. Impugnou os benefícios da assistência judiciária gratuita concedidos ao autor. No mérito alega que o contrato foi firmado entre as partes em 21/01/1992, antes da vigência da lei nº 9.656/98, que atualmente regulamenta os plano e seguro de saúde. Sustenta que foi ofertado ao autor a possibilidade de renovar a contratação para um plano de saúde regulamentado no entanto o autor optou por permanecer com o plano não regulamentado, pagamento menos em relação aos contratos adaptados à lei. Assim, diante da escolha do beneficiário as regras do plano de saúde são pautadas exclusivamente pelo contrato firmado que não prevê reembolso. Pugnou pela improcedência dos pedidos. Juntou documentos (fls. 137/173).

Houve réplica (fls. 177/182).”

Após a fundamentação, o feito foi julgado procedente para condenar a ré ao pagamento do valor de:

“i) R\$ 32.656,254 a título de danos materiais, que deverá ser devidamente
Apelação Cível nº 1001153-73.2024.8.26.0337 -Voto nº 11762

corrigida de acordo com a tabela prática do Tribunal de Justiça desde o desembolso, computando-se juros legais pela taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), contados a partir da citação; ii) R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) em danos morais, corrigidos monetariamente pela Tabela Prática do TJSP desde o presente arbitramento (Súmula 362, STJ), computando-se juros legais pela taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), contados a partir da citação.”

Opostos Embargos de Declaração pela ré (fls. 198/205) foram rejeitados pela decisão de fl. 206.

Irresignada a ré interpôs a mencionada Apelação (fls. 209/231), tendo arguido que (i) o contrato se enquadra na modalidade de não adaptado, com o que, há limitação da rede credenciada, ausência do dever de custear procedimentos realizados fora da rede credenciada - ausência do dever de reembolso; (ii) quanto aos danos materiais – reembolso nos limites do contrato, sendo que, no caso, o autor optou por realizar tratamentos com profissionais de saúde fora da rede credenciada deveria custear integralmente as despesas, não havendo obrigação da Operadora de arcar com os referidos gastos, visto que, dispõe de profissionais capacitados em sua rede credenciada; (iii) inexistência de danos morais e inexistência dos pressupostos da responsabilidade civil; (iv) subsidiariamente que a condenação em danos morais, caso mantida, se dê de acordo com os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, por entender que o *quantum* arbitrado supera o entendimento jurisprudencial.

Contrarrazões do autor, ora Apelado, devidamente apresentadas (fls. 237/242).

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

O feito foi transferido à minha relatoria conforme termo de fl. 246.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

A controvérsia recursal cinge-se à obrigatoriedade da ré em custear e reembolsar o procedimento a que foi submetido o autor (angioplastia coronária e a introdução de *Stent*) e se a negativa de custeio gerou dano moral indenizável.

Observe, 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 o autor é idoso (fl. 10), 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 ao autor, por ocasião da realização de procedimento de cateterismo, houve indicação de angioplastia, ante o risco de infarto, com introdução de *stent*.

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 ao autor, 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.

Além disso, a Súmula 93 deste Egrégio Tribunal de Justiça é expressa:

“A implantação de “stent” é ato inerente à cirurgia cardíaca/vascular, sendo abusiva a negativa de sua cobertura, **ainda que o contrato seja anterior à Lei**

9.656/98.” (*grifei)

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 a doença esta excluída 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 o 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.

O dever de ressarcimento ocorre em razão do adiantamento de despesas pelo autor, face à negativa de cobertura abusiva e que lhe devem ser reembolsadas (fls. 15/18). Assim, uma vez que era obrigatória a cobertura, a restituição das importâncias adiantadas pelo autora relativas ao procedimento realizado é medida que se impõe.

Nesse sentido, esta Colenda Câmara:

Ação de obrigação de fazer, cumulada com indenização por danos morais – Plano de saúde – Sentença de parcial procedência – Insurgência da requerida – Autor diagnosticado com carcinoma epidermoide de língua – Inaplicabilidade da Lei

n.9.656/98 ao presente caso, eis que o contrato foi firmado anteriormente à referida lei e não foi adaptado ao seu regime – Entendimento sedimentado pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Recurso Extraordinário n. 948.634 RS (Tema 123), que tramitou pelo rito dos recursos repetitivos – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor à hipótese e da Súmula 102 do Tribunal de Justiça – Impossibilidade de discussão pelo plano de saúde acerca da pertinência da prescrição feita pelo médico assistente – Necessidade de cobertura – Exclusão contratual que coloca em risco o objeto do contrato – Prevalência do princípio ao acesso à saúde – Abusividade da negativa de cobertura – Danos morais caracterizados – Sofrimento que extrapola o simples aborrecimento – Presença dos requisitos legais exigidos – Valor de indenização fixado em R\$ 10.000,00 que se mostra adequado para a hipótese – Atendimento dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade – Recurso não provido. Nega-se provimento ao recurso. (TJSP; Apelação Cível 1010316-02.2021.8.26.0008; Relator (a): Marcia Dalla Déa Barone; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VIII - Tatuapé - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/03/2022; Data de Registro: 14/03/2022) (*grifei)

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Plano de Saúde – Insurgência contra a tutela provisória de urgência deferida – Paciente acometido por coronariopatia e histórico de angioplastia com stent - Contrato antigo não adaptado – Irretroatividade da Lei 9.656/98, aplicando-se, contudo, as disposições do CDC quanto à eventual abusividade – Cobertura devida do exame de OCT – tomografia de coerência óptica necessário ao início do tratamento - Não excluindo o contrato o tratamento da doença, não podem ser excluídos os procedimentos, exames, materiais e medicamentos necessários à cura - Presença dos requisitos do art. 300 do CPC/2015 impondo a cobertura dos exames solicitados – Recurso desprovido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2289012-75.2021.8.26.0000; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 8ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/01/2022; Data de Registro: 28/01/2022) (*grifei)

PLANO DE SAÚDE. Paciente com 84 anos que realizou cirurgia para implantação de stent cardíaco, ante a necessidade constatada por médico.

Negativa de cobertura do segurador, ante a alegação de expressa exclusão contratual, tendo em vista que o ajuste fora celebrado anteriormente à Lei 9.656/98. Inadmissibilidade. Exclusão que contraria a função social do contrato (art. 421, do CC). Ademais, em se tratando de paciente idoso, haverá de existir prova de que a seguradora ofertou condições acessíveis, em termos de capacidade patrimonial, para a migração ao novo contrato (sem restrições de qualquer espécie), sob pena de o Judiciário intervir e decidir em favor do consumidor (art. 47, da Lei 8.078/90. Ausência de comprovação. Inteligência da Súmula 93 desta Egrégia Corte. Prótese ligada ao ato cirúrgico, o que impõe a manutenção da decisão que condenou o BRADESCO SAÚDE em arcar com todas as despesas decorrentes do tratamento da autora (cirurgia e material necessitado). Sentença mantida nesta parte. Indenização por honorários médicos. Autora que comprova a despesa com honorários médicos. Réu que diz que o pagamento estaria limitado, segundo cláusula contratual, mas sequer demonstra como se daria essa limitação, o que era seu ônus (CPC/73, art. 333). Sentença mantida nesta parte. Dano moral. Incidência de dano moral no caso diante da reincidência do réu em não cobrir as despesas do stent, na medida em que a autora já havia se submetido a duas cirurgias anteriores (em 2004 e 2011) com a mesma finalidade, e se viu diante da mesma recusa do réu, tendo que mover o Poder Judiciário para ter seu direito garantido. Acórdão deste Tribunal no sentido da obrigação de se ressarcir integralmente as despesas com o tratamento realizado (implantação de stent), proferido nos autos da primeira ação ajuizada. Quantum fixado que se mostra adequado. Sentença mantida neste ponto. Indenização por honorários contratuais – Indenização que não é devida – Em que pese a existência de julgado a respeito do ressarcimento dos honorários contratuais (AgRg no AREsp 606676/RS), a questão ainda não foi sumulada e a relação jurídica foi estabelecida somente entre autor e advogado, não vinculando a parte adversa – Impossibilidade de se confundir honorários sucumbências com honorários contratuais. Incidência de correção monetária sobre a indenização por dano material que deve incidir desde o desembolso. Não provimento do recurso do réu, provimento em parte do recurso da autora apenas para determinar a incidência de correção monetária referente ao montante da indenização por danos materiais (R\$ 50.000,00 referente aos stents e R\$ 5.500,00, referente aos honorários médicos) a partir do desembolso. (TJSP; Apelação Cível 1002465-85.2015.8.26.0568; Relator (a): Enio Zuliani; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de São João

da Boa Vista - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 29/09/2016; Data de Registro: 05/10/2016) (*grifei)

E ainda, o restante da Jurisprudência:

APELAÇÃO. AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXISTÊNCIA DE DÍVIDA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. 1. Sentença que julgou parcialmente procedente o pedido vestibular, condenar a corrê Bradesco Saúde S/A. a pagar o valor total das despesas hospitalares cobradas pelo Hospital Albert Einstein, com o afastamento do pedido de indenização extrapatrimonial. Irresignação da operadora de plano de saúde. 2. Inaplicabilidade da Lei nº 9.656/98. **Plano de saúde antigo e não adaptado. Aplicação ao caso concreto da legislação consumerista. Inteligência da Súmula nº 608 do E. Superior Tribunal de Justiça. Negativa de cobertura da cirurgia realizada durante a internação da coautora.** Ausência de prova acerca da expressa exclusão contratual do procedimento. Corrê que não carrou aos autos o contrato celebrado entre as partes. **Cláusula, que de todo modo, deve ser considerada abusiva. Doença com cobertura no contrato. Violação aos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, submetendo o consumidor a situação de desvantagem exagerada.** Inteligência do artigo 51, IV, do CDC. "Implante Transcateter de Prótese Valvar Aórtica" (TAVI) previsto no rol da ANS. Provas suficientes acerca do preenchimento dos requisitos da DUT nº 143. Taxatividade do referido rol afastada pela Lei nº 14.454/22. Ausência de provas acerca da limitação contratual do pagamento das despesas médicas. Abusividade da recusa bem reconhecida. Precedentes. 3. Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1001505-96.2021.8.26.0220; Relator (a): Daniela Cilento Morsello; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Guaratinguetá - 4ª Vara; Data do Julgamento: 31/01/2025; Data de Registro: 31/01/2025) (*grifei)

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Inaplicabilidade da Lei nº 9.656/98 aos contratos anteriores à sua vigência ou não adaptados. Tese firmada pelo STF em sede de repercussão geral. Tema 123. Afastamento da incidência da Lei nº 9.656/98. Implantação de "stent". Negativa de

cobertura. Abusividade reconhecida, com fundamento no CDC, no Código Civil e na Súmula 93 do TJSP. R. sentença mantida. Recurso improvido. (TJSP; Apelação Cível 1010507-29.2022.8.26.0132; Relator (a): José Joaquim dos Santos; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Catanduva - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/08/2023; Data de Registro: 28/08/2023)

Os demais argumentos lançados na Apelação acerca dos danos materiais sequer comportam conhecimento, porquanto não se relacionam ao caso em apreço.

Da documentação de fls. 15/18 verifica-se que o valor foi cobrado pela empresa ré, com o que não há que se falar que o autor optou por contratar serviços fora de sua rede credenciada ou que não há relação com o médico que atende o Hospital. Se mostram, pois, argumentos totalmente dissociados do caso concreto, em clara violação ao princípio da dialeticidade recursal e congruência, com o que, não conheço do recurso neste aspecto.

Acerca dos danos morais, melhor sorte não assiste à Apelante.

O Apelado é usuário do plano de saúde da Apelante desde 21/01/1992, se trata de pessoa idosa e foi internada para realização de cateterismo, quando de constatou a necessidade de realização de angioplastia e introdução de *stent*.

Não se pode entender que a conduta da parte ré quanto à negativa de custeio ao procedimento médico indicado ao autor, que, já internado no centro cirúrgico, teve de se socorrer da ajuda de seu genro para custear o referido procedimento, não tenha caracterizado ilícito indenizável.

A configuração do dever de indenizar depende dos seguintes pressupostos: da ação ou omissão, da culpa do agente, do dano e do nexo de causalidade. A ação ou omissão é o ato praticado em desacordo com a norma jurídica, violando direitos de outrem de forma a causar-lhe danos materiais ou morais.

A culpa do agente é a infração a um dever de conduta que leva em conta os padrões médios de comportamento. O ato ilícito, enfim, deve conduzir ao resultado danoso para que se materialize o indispensável nexo de causalidade e o consequente dever de indenizar.

Nesse sentido, ensina Carlos Roberto Gonçalves que a responsabilidade traz a necessidade do exame positivo da presença de quatro elementos essenciais: “*ação ou omissão, culpa ou dolo do agente, relação de causalidade, e o dano experimentado pela*

vítima” (Carlos Roberto Gonçalves, Responsabilidade civil, 8ª ed., SP: Saraiva, 2003, p. 31).

Silvio Rodrigues ensina que: *“para que surja a obrigação de reparar, mister se faz a prova da existência de uma relação de causalidade entre a ação ou omissão culposa do agente e o dano experimentado pela vítima. Se a vítima experimentar um dano, mas não se evidenciar que o mesmo resultou do comportamento ou da atitude do réu, o pedido de indenização, formulado por aquela, deverá ser julgado improcedente”*. (Direito Civil, Responsabilidade Civil, pag. 18, Ed. Saraiva).

Imperioso anotar que para caracterização da responsabilidade civil deve restar comprovado o nexo de causalidade entre o evento danoso e a conduta comissiva ou omissiva do suposto agente do dano, devendo ser afastadas as causas excludentes do nexo causal.

Nesse sentido: *“O ponto central da responsabilidade civil está situado no nexo de causalidade. Não interessa se a responsabilidade civil é de natureza contratual ou extracontratual, de ordem objetiva ou subjetiva, sendo neste último caso despicienda a aferição de culpa do agente se antes não for encontrado o nexo causal entre o dano e a conduta do agente. Com efeito, para a caracterização da responsabilidade civil, antes de tudo, há de existir e estar comprovado o nexo de causalidade entre o evento danoso e a conduta comissiva ou omissiva do agente e afastada qualquer das causas excludentes do nexo causal, tais como a culpa exclusiva da vítima ou de terceiro, o caso fortuito ou a força maior, por exemplo”*. (REsp 1615971/DF, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira turma, julgado em 27/09/2016, DJe 07/10/2016).

Depreende-se do art. 186 do Código Civil que o ato ilícito ocorre quando violado o direito de outrem, ainda que exclusivamente moral, por ação ou omissão, negligência ou imprudência

O dano moral, no presente caso, é indiscutível. A conduta da ré, ora Apelante, ultrapassou a mera negativa sobre extensão de cobertura contratual. Configurou, sim, verdadeiro atentado à dignidade do paciente, autor da presente Ação, que é usuário do plano de saúde há mais de 30 (trinta) anos e, num momento crucial, já internado, em que se constatou a necessidade de realização da angioplastia com colocação de *stent*, teve negado o custeio para concretizar o tratamento indicado.

Veja-se que o dano moral indenizável pressupõe a demonstração de relevante lesão aos direitos relacionados à personalidade, tais como à honra ou intimidade daquele que se

sente prejudicado, cuja reparação apenas é devida caso a ofensa seja tão grave a ponto de extrapolar os meros aborrecimentos do cotidiano.

Os critérios utilizados para aferir a constituição do dano moral devem ser avaliados segundo a gravidade do ato e a sua repercussão, levando-se em conta a concepção ético-jurídica dominante na sociedade, afastando-se de fatores extremamente subjetivos, como sensibilidade ou frieza exacerbada de alguns.

Sobre os danos morais, disserta Sérgio Cavalieri Filho:

“Por se tratar de algo imaterial ou ideal a prova do dano moral não pode ser feita através dos mesmos meios utilizados para a comprovação do dano material. Seria uma demasia, algo até impossível exigir que a vítima comprove a dor, a tristeza ou a humilhação através de depoimentos, documentos ou perícia; não teria ela como demonstrar o descrédito, o repúdio ou o desprestígio através dos meios probatórios tradicionais, o que acabaria por ensejar o retorno à fase da irreparabilidade do dano moral em razão de fatores instrumentais. (...) Em outras palavras, o dano moral existe *in re ipsa*; deriva inexoravelmente do próprio fato ofensivo, de tal modo que, provada a ofensa, *ipso facto* está demonstrado o dano moral à guisa de uma presunção natural, uma presunção *hominis* ou *facti* que decorre das regras de experiência comum” (Sérgio Cavalieri Filho, Programa de Responsabilidade Civil, 2ª ed, Atlas, São Paulo: 2000, pág. 79/80).

Dessa forma, considerando os aspectos que envolvem a experiência sofrida pelo autor, que fora submetido à procedimento cardíaco necessário, que em muito extrapolou o mero aborrecimento, vez que envolveu questão importante de saúde e urgência no tratamento ante a gravidade do quadro de saúde, acertada a conclusão da sentença quanto à ocorrência do dano moral indenizável.

Isso porque, a negativa de custeio do procedimento/tratamento que se refere à doença devidamente coberta pelo plano, gera dano moral indenizável, como já se reconheceu amplamente na Jurisprudência, vez que se expôs o autor a uma situação de vulnerabilidade agravada, obrigando-o a recorrer ao Judiciário para obter o ressarcimento do procedimento médico realizado. Tal circunstância, aliada à gravidade do quadro de saúde do autor, que estava internado, evidenciam a aflição psicológica e o prejuízo à dignidade do Apelado, que extrapolam o mero dissabor, com o que não se trata de um simples inadimplemento contratual.

Ao contratar um plano de saúde o que se espera, em contrapartida ao pagamento das

mensalidades, é a tranquilidade de que, se tenha o acesso ao tratamento de saúde quando necessário. A conduta da ré violou as expectativas do autor tendo lhe causado danos.

A negativa de cobertura, especialmente em situações de urgência e gravidade, extrapola o descumprimento ordinário de uma obrigação contratual. Gera sofrimento psíquico, angústia e aflição emocional no paciente e lhe atinge a dignidade e integridade física

Assim, houve clara violação a direito da personalidade, o que restou caracterizado pela negativa ao procedimento urgente indicado e prolongou desnecessariamente a dor e sofrimento do Apelante, que, em razão da moléstia que o acometeu, necessitava realizar o procedimento de angioplastia com colocação de *stent*, caracterizando-se o dano moral *in re ipsa*, sendo desnecessárias maiores argumentações a esse respeito.

No mais, cumpre anotar que a reparação do dano moral tem por finalidade compensar o abalo moral e prevenir novas falhas sem promover enriquecimento indevido. O arbitramento deve se dar dentro de parâmetros de razoabilidade e proporcionalidade, atentando-se à condição das partes, a natureza da falha e a extensão do dano. O montante não pode ser ínfimo nem excessivo, devendo corresponder à realidade do gravame.

O *quantum* fixado se mostrou dentro dos parâmetros indicados, inclusive, com os valores de praxe praticados por este E. Tribunal, mostra adequado e proporcional, de modo a atender ao caráter pedagógico e compensatório da indenização, bem como considerando-se os precedentes desta Corte e a gravidade da conduta da ré.

Nesse sentido, O C. STJ assim preceitua: "*3. A dignidade da pessoa humana, alçada a princípio fundamental do nosso ordenamento jurídico, é vetor para a consecução material dos direitos fundamentais e somente estará assegurada quando for possível ao homem uma existência compatível com uma vida digna na qual estão presentes, no mínimo, saúde, educação e segurança. 4. Restando evidenciado que nossas leis estão refletindo e representando quais as prerrogativas que devem ser prioritariamente observadas, a recusa de atendimento médico, que privilegiou trâmites burocráticos em detrimento da saúde da menor, não tem respaldo legal ou moral. 5. A omissão adquire relevância jurídica e torna o omitente responsável quando este tem o dever jurídico de agir, de praticar um ato para impedir o resultado, como na hipótese, criando, assim, sua omissão, risco da ocorrência do resultado.*" (REsp 1335622/DF, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 18/12/2012, DJe 27/02/2013)"

Confira-se, ainda, a jurisprudência deste Egrégio Tribunal, acerca do dano moral:

Ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência e danos morais – Plano de saúde – Sentença de parcial procedência – Insurgência de ambas as partes – Posterior rescisão contratual que não implica em perda do objeto – Procedimento cirúrgico requerido em 2019, durante a vigência do contrato – Inaplicabilidade da Lei n. 9.656/98 ao caso, eis que o contrato foi firmado anteriormente à referida lei e não foi adaptado ao seu regime – Entendimento sedimentado pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Recurso Extraordinário n. 948.634 RS (Tema 123), sob o rito dos recursos repetitivos – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor à hipótese – Negativa de cobertura de cirurgia para colocação de dispositivo "crosslink" na coluna – Cláusula de exclusão genérica de caráter abusivo – Impossibilidade de discussão pelo plano acerca da pertinência da prescrição feita pelo médico assistente – Esgotamento do tratamento clínico, sem a melhora esperada dos sintomas – Adequação técnica do procedimento atestada pela prova pericial – Prevalência do princípio ao acesso à saúde – **Abusividade da negativa de cobertura – Danos morais caracterizados – Sofrimento que extrapola o simples aborrecimento – Fixação da indenização em R\$ 6.000,00** – Sentença parcialmente reformada – Recurso do autor parcialmente provido e recurso da ré não provido. Dá-se provimento parcial ao recurso do autor e Nega-se provimento ao recurso da ré. (TJSP; Apelação Cível 1003627-12.2019.8.26.0363; Relator (a): Marcia Dalla Déa Barone; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mogi Mirim - 3ª Vara; Data do Julgamento: 06/08/2024; Data de Registro: 06/08/2024) (*grifei)

PLANO DE SAÚDE Negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico Inaplicabilidade da Lei nº 9.656/98 aos contratos anteriores à sua vigência ou não adaptados Tese firmada pelo STF em sede de repercussão geral Tema 123 Afastamento da incidência da Lei nº 9.656/98 **Implantação de "stent"** **Abusividade da operadora Aplicação do Código de Defesa do Consumidor e das Súmulas do TJSP Devidas as condenações em obrigação de fazer e de indenizar o dano moral** APELAÇÃO NÃO PROVIDA. (TJSP; Apelação 1008144-24.2023.8.26.0362; Cível Relator (a): Benedito Antonio Okuno; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mogi Guaçu 2ª vara Cível; Data do Julgamento: 20/06/2024; Data de Registro: 20/06/2024) (*grifei)

PLANO DE SAÚDE. Negativa de cobertura para implante percutâneo valvar aórtico (TAVI). Negativa abusiva. Embora o procedimento não estivesse no rol da ANS à época da negativa, foi posteriormente incorporado pela RN nº 465/2021. A inclusão no rol confirma a eficácia e necessidade do procedimento para pacientes com alto risco cirúrgico, como o autor. **A recusa em custear o procedimento violou os princípios do Código de Defesa do Consumidor, que asseguram proteção ao consumidor** em situações de urgência e necessidade vital. Rol da ANS, como se tem reiteradamente decidido, contém a cobertura mínima apenas. Necessidade de resguardar o direito à vida. **DANOS MORAIS. Condenação mantida, mas valor reduzido para R\$8.000,00 (oito mil reais), com base nos princípios proporcionalidade da razoabilidade** e e que se enquadra aos precedentes dessa Câmara. Sentença parcialmente mantida. Recurso parcialmente provido. (Apelação Cível nº 1038992-28.2023.8.26.0577; Relator Fernando Marcondes; 2ª Câmara de Direito Privado; j. 1º/10/2024) (*grifei)

Apelação cível. Plano de saúde. **Custeio de tratamento cirúrgico (implantação de stents** e uso do sistema rotablator). Sentença de parcial procedência. Inconformismo de ambas as partes. Relatório médico. Prescrição de tratamento experimental ou não previsto no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **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. Súmula nº 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Código de Defesa do Consumidor. Aplicabilidade. 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. Dano moral. Ocorrência. **Paciente idoso necessitando do procedimento vinculado ao tratamento de doença cardíaca e ter recusada a devida cobertura pelo convênio. Sofrimento intenso e profundo no caso concreto, com alterações no bem-estar psicofísico que ultrapassaram os aborrecimentos comumente experimentados no cotidiano da vida moderna. Quantum indenizatório. Pretensão de fixação em R\$ 10.000,00. Cabimento. Quantia suficiente para compensar o sofrimento experimentado, sem gerar enriquecimento sem causa, e alertar o fornecedor sobre a necessidade de buscar alternativas para evitar a repetição de eventos danosos como o tratado**

nos autos. Recurso da ré desprovido, provido o recurso da parte autora para julgar procedente a ação e incluir na condenação a indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00, com correção monetária pela tabela prática deste Egrégio Tribunal de Justiça a partir do arbitramento, nos termos da Súmula nº 362 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, acrescida de juros de mora de 1% ao mês desde a citação, conforme artigo 405 do Código Civil. (TJSP; Apelação Cível 1098752-20.2019.8.26.0100; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 21ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/05/2021; Data de Registro: 27/05/2021) (***grifei**)

Logo, fica mantida a sentença pelos próprios e jurídicos fundamentos, nos termos do artigo 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo.

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 12% (doze por cento) sobre o valor da condenação.

Ante o exposto, **NÃO CONHEÇO** em parte do recurso e, na parte conhecida, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso interposto.

É o voto.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora