



**PODER JUDICIÁRIO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**Registro:2025.0000390652**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos destes autos do Apelação Cível nº 1030976-82.2024.8.26.0405, da Comarca Osasco, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelado PEDRO VICENTE DE MELO.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 3ª 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 do Exmos. Desembargadores JOÃO PAZINE NETO (Presidente), DONEGÁ MORANDINI E VIVIANI NICOLAU.

São Paulo, 23 de abril de 2025

**JOÃO PAZINE NETO**

**RELATOR**

**Assinatura Eletrônica**



**PODER JUDICIÁRIO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Apelação Cível Nº 1030976-82.2024.8.26.0405

Comarca: Osasco

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelado: Pedro Vicente de Melo

Juíza sentenciante: Gilvana Mastrandéa de Souza

**Voto nº 42.556**

**Obrigação de fazer c/c indenização por danos morais. Plano de Saúde. Negativa de cobertura aos materiais indicados ao Autor, em que pese tenha a Ré autorizado em parte o procedimento cirúrgico prescrito (págs. 54/57). Autor portador de “Cervicalgia e Cervicobraquialgia com irradiação para C4” (CID10: M501 e M542). Indevida negativa de cobertura. Abusividade da cláusula contratual que exclui a cobertura de órtese/prótese ligada ao ato cirúrgico. Omissão da Apelante em providenciar os materiais necessários ao ato cirúrgico e requisitados pelo médico assistente. Adequação do tratamento que compete ao médico, considerada aqui inclusive a circunstância de ter o Autor se submetido a tratamentos conservadores anteriormente, sem sucesso. Observância ao item 2 do julgamento realizado pelo STJ, em sua Segunda Seção, na análise do EREsp 1.889.704. Recusa injustificada. Incidência das regras do Código de Defesa do Consumidor. Precedentes jurisprudenciais. Dano moral configurado. Dever de indenizar caracterizado. Valor bem arbitrado em R\$ 10.000,00. Sentença de parcial procedência mantida. Honorários sucumbenciais majorados. Recurso não provido.**

Trata-se de ação de obrigação de fazer c/c danos morais, julgada procedente em parte pela r. sentença de págs. 199/205, cujo relatório adoto, para confirmar a tutela de urgência concedida e condenar a Ré a autorizar e custear todo o procedimento cirúrgico requerido na prescrição médica (págs. 37/39), inclusive com a

quantidade e qualidade dos insumos cirúrgicos e materiais constantes daquela prescrição, a ser realizado em hospital da rede credenciada do plano, com anestesistas do próprio hospital e pelo médico assistente, que prescreveu e vem acompanhando a evolução da sua patologia, este devendo ser pago diretamente pelo Autor, com a possibilidade de reembolso dos honorários médicos pelo convênio, caso o contrato celebrado entre as partes assim o permita, bem como condenar a Ré ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de R\$ 10.000,00, corrigidos monetariamente a contar da publicação da sentença e acrescido de juros de mora, devidos da citação. Condenou a Ré ainda ao pagamento das custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios, estes arbitrados em 15% sobre o valor da condenação atualizado.

Apela a Ré (págs. 217/229) para alegar, em síntese, que, em razão de divergência assistencial, houve a instalação de junta médica, que concluiu de maneira contrária à realização do procedimento, conforme indicado, o que seria legal, uma vez que a instauração de junta médica se trata de procedimento autorizado pela RN nº 424/2017. Refere que a mencionada Resolução, em seu art. 4º, inciso V, ainda prevê a possibilidade de encaminhamento do beneficiário a uma 2ª ou 3ª opinião, em caso de divergência médica. Reitera que sua conduta seguiu estritamente o quanto previsto na própria lei dos planos de saúde. Afirma que a solicitação foi avaliada por especialistas, que chegaram à conclusão de que alguns métodos e materiais foram considerados desnecessários, conforme parecer juntado no processo. Enuncia ser no mínimo curiosa a indicação de materiais os quais não são imprescindíveis à realização dos procedimentos, sem qualquer pertinência técnica. Reitera que a negativa ocorreu de acordo com parecer fundamentado. Afirma que a ação deve ser julgada improcedente, ante à ausência de negativa de tratamento de sua parte, observado que apenas foram negados os meios e materiais inadequados, conforme parecer de especialistas. Argumenta ainda inexistir dano moral indenizável. Refere que o dano moral, para sua caracterização, deve ser comprovado, além de o nexo de causalidade ser evidente, o que não é o caso deste processo. Colaciona alguns julgados acerca de seu entendimento. Pugna seja afastada sua condenação, com consequente improcedência dos pedidos.

Recurso recebido e processado (pág. 232). Preparo anotado (págs. 230/231). Contrarrazões ofertadas (págs. 235/256).

**É o relatório.**

A r. sentença de págs. 199/205 não comporta reparos.

Trata-se de ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais, na qual afirma o Autor ser beneficiário de plano de saúde operado pela Ré. Alega que foi diagnosticado com “*cervicalgia e cervicobraquialgia com irradiação para C4*”, refratária, com prejuízo para sua qualidade de vida (CID10: M501 e M542), de modo que seu médico lhe prescreveu a realização de procedimento cirúrgico, código TUSS: 40814092 (1x) – Discectomia percutânea C3-4 e código TUSS: 40813363 (2x) – Infiltração foraminal de C4 bilateral após estimulação (págs. 37/39), para o que seriam necessários os materiais indicados (pág. 38). Contudo, a Ré, em que pese tenha autorizado em parte o procedimento cirúrgico (págs. 54/57), não providenciou os materiais nos moldes em que prescritos pelo médico assistente.

A tutela provisória de urgência foi deferida (págs. 79/83), mantida em grau recursal por esta Relatoria (AI nº 2355129-43.2024.8.26.0000).

A Ré apresentou contestação (págs. 93/107). Em síntese, alegou que inexistiu negativa de sua parte, quanto ao procedimento cirúrgico solicitado pelo Apelado, portanto, desnecessário o provimento jurisdicional, para tanto.

Pode-se afirmar que o Autor contratou o plano de saúde com o objetivo de garantir a cobertura de custos e despesas correspondentes à assistência médica. Ficou comprovada a necessidade do Autor de se submeter à cirurgia pretendida, pelo método prescrito, diante de indicação do médico que o assistia e

relatório (págs. 37/39 e 46/49), tanto que a Ré, ora Apelante, autorizou em parte o procedimento cirúrgico (págs. 54/57) e, quanto a isso não há controvérsia.

É certo que, por existir previsão de cobertura para a doença que o paciente apresenta, era justa a sua expectativa de cobertura para o tratamento médico que lhe for recomendado, e na íntegra.

Ressalte-se, contudo, que embora alegue a Apelante que não houve negativa de sua parte, tendo, inclusive, já autorizado parcialmente o procedimento cirúrgico, não logrou ela comprovar que teria fornecido todos os materiais reclamados como necessários ao ato cirúrgico, nos termos da prescrição médica (págs. 37/39 e 46/49). A omissão da Apelante configura conduta abusiva de sua parte, a tornar necessária a presente ação, como acima já enunciado, pois os materiais se mostravam essenciais ao ato cirúrgico, fato não contrariado, de forma adequada, pela Ré, que, no curso desse processo, não reclamou pela efetivação de prova pericial, única apta a demonstrar pela adequação de sua recusa. Essa prova apenas a ela competia, de forma a refutar, de forma eficaz, o reclamo do médico assistente do Autor, até porque já havia autorizado parte das cirurgias.

Segundo o recentemente decidido pelo STJ, em sua Segunda Seção, na análise do EREsp 1.889.704, item 2: *“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”*. Como se verifica do processo, o Autor já foi submetido a tratamentos conservadores, anteriormente, sem sucesso para a cura da moléstia que o acomete e não cabe à Operadora opinar sobre a eficácia do tratamento agora reclamado, de modo que deve ser observada a prescrição realizada pelo médico, quanto à adequação de determinados materiais/próteses inerentes ao ato cirúrgico indicado ao Autor.

Anote-se, ainda, que foram indicados quatro fornecedores para os materiais, no relatório médico, o que afasta a alegada ilicitude/abusividade do pedido médico.

Ademais, a Lei nº 14.454/2022 alterou o artigo 10, §12, da Lei nº 9.656/98, para anotar que o rol da ANS representa apenas uma referência básica de procedimentos em saúde: “§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde” (nossos os destaques).

Dessa forma, de todo possível a cobertura de evento não incluído no rol da ANS, desde que, alternativamente:

“§ 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”* (nossos os destaques).

Ainda que a órtese fosse excluída da cobertura contratual, essa exclusão não pode prevalecer, pois é ela ligada ao ato cirúrgico indicado e que tem cobertura, de modo que não pode persistir a exclusão e à Ré não cabe se imiscuir na

competência técnico-médica e, de forma subjetiva e sem comprovação técnica, excluir da cobertura os materiais necessários ao ato cirúrgico, baseada simplesmente na exclusão prevista no art. 17, parágrafo único, inciso VII, da RN 465/2021 da ANS, como pretende. Nesses termos, tal exclusão e consequente negativa de cobertura são abusivas, como acima referido, e devem ser afastadas.

Como bem enunciou a n. Magistrada sentenciante:  
*“Ressalte-se que a necessidade de realização da cirurgia com a indicação dos materiais elencados é recomendação do profissional médico, visando, principalmente, a garantia do serviço a ser prestado pelo profissional. Destaca-se ainda que o plano de saúde não pode interferir na relação médico paciente, apenas e tão somente o médico que assiste à autora, especializado, sabe avaliar se o paciente faz ou não jus ao tratamento. (...) Além disso, é certo que a requerida não se desincumbiu de seu ônus probatório e deixou de comprova fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor. Nota-se que, instada a especificar provas, pugnou pelo julgamento antecipado e deixou de pleitear pela realização de prova pericial. Diante disso, conclui-se que as cirurgias se encontram acobertadas pelo plano e indicadas pelo médico cirurgião, assim deve o plano cobri-la integralmente, inclusive quanto aos materiais indicados como necessários”* (págs. 201/202).

Dessa forma, descabida a negativa de custeio pela Ré dos materiais prescritos os quais seriam ligados ao ato cirúrgico indicado, para tratar o problema do Autor.

A contratação do seguro saúde visava, primordialmente, à saúde do paciente e, por ser indicado o procedimento para sua preservação, aflora como abusiva a restrição esposada pela Ré, embasada em cláusula que coloca em risco o objeto do contrato, ou seja, a preservação da saúde, conforme preceitua o artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa Consumidor.

Desse modo, deve a Ré arcar com custo total de todo o procedimento prescrito ao Autor, como corretamente indicado na r. sentença, ora atacada, considerado que se trata de hospital credenciado ao plano.

Quanto aos danos morais, devem ser entendidos realmente por caracterizados e, assim, ser indenizados pela Ré. O Autor apresentou quadro clínico grave, mas lhe foi negada, ilicitamente, a cobertura em tempo regular de seu tratamento médico, em que pese tenha constado do relatório médico a urgência que o caso exigia (págs. 46/49). Tais fatos naturalmente geraram aflição e desconforto além do normalmente exigido, diante do problema de saúde que o acometia. Necessário observar também o caráter punitivo da medida à Ré, para inibi-la à reiteração de tal prática.

Configurado o dano moral, passo à análise do *quantum* arbitrado.

A indenização por dano moral deve ser fixada mediante prudente arbítrio do Juiz, de acordo com o princípio da razoabilidade, observados a finalidade compensatória, a extensão do dano experimentado, bem como o grau de culpa. Referida indenização pretende compensar a dor do lesado e constitui um exemplo didático para a sociedade de que o Direito repugna a conduta violadora, porque é incumbência do Estado defender e resguardar a dignidade do ofendido. Ao mesmo tempo, objetiva sancionar o lesante, inibindo-o em relação a novas condutas, e por isso, deve corresponder a um valor de desestímulo, que não pode ensejar enriquecimento sem causa, nem pode ser ínfimo, a ponto de não coibir a reincidência em conduta negligente.

Ademais, já se decidiu que “O juiz deve ser a um só tempo razoável e severo, pois só assim atenderá a finalidade de compensar e dar satisfação ao lesado e de desincentivar a reincidência. A indenização deve ser razoavelmente expressiva, sem que seja fonte de enriquecimento” (Apelação Cível 253.723-1, Des. José Osório, JTJ-Lex 199/59).





**PODER JUDICIÁRIO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Considerados esses aspectos, entende-se como razoável a fixação como realizada, no importe de R\$ 10.000,00, como suficiente a estabelecer a reparação do dano moral ao Autor e o efeito educativo à Ré, segundo parâmetros usualmente observados por essa C. Câmara, sem que se possa falar em redução.

Verifica-se, portanto, que a r. sentença atacada analisou de forma correta as questões suscitadas, com adequada fundamentação jurídica à hipótese em exame, além de bem avaliar o conjunto probatório. Qualquer outro acréscimo que se faça aos seus bem lançados fundamentos constituiria desnecessária redundância, enquanto os demais argumentos suscitados não são suficientes para infirmar os fundamentos acima enunciados para a solução da lide.

Diante da manutenção do julgado, majoro os honorários de sucumbência então arbitrados para o equivalente a 20% do valor atualizado da condenação, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

Ante o exposto, nego provimento ao recurso.

João Pazine Neto

Relator