



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000403951

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1005277-74.2023.8.26.0292, da Comarca de Jacareí, em que é parte recorrente Sabrina Aparecida Pereira Justiça Gratuita, é a parte recorrida Associação São Francisco Vida.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 10ª Câmara de Direito Privado, proferir a seguinte decisão: RECURSO do requerido DESPROVIDO. RECURSO do requerente PROVIDO EM PARTE., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores: JAIR DE SOUZA (Presidente), ELCIO TRUJILLO E COELHO MENDES.

São Paulo, 28 de abril de 2025.

JAIR DE SOUZA
Relator
Assinatura Eletrônica

Voto nº: 23511

Apelação nº: 1005277-74.2023.8.26.0292

Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado

Comarca de origem: Jacareí

Foro de origem: Foro de Jacareí

Vara de origem: 3ª Vara Cível

Juiz(a) de origem: Luciene de Oliveira Ribeiro

Recorrente: Sabrina Aparecida Pereira Justiça Gratuita

Recorrido(a): Associação São Francisco Vida

APELAÇÃO. Plano de saúde. Obrigação de fazer c/c com tutela e danos morais. Negativa de cobertura. Abusividade. Expressa recomendação médica para utilização do medicamento Ultomiris (ravulizumab) para tratamento da moléstia da parte beneficiária (Síndrome hemolítica urêmica atípica – CID 10: D59.3). Recusa injustificada da operadora. Súmula 102 do TJSP. Incidência da Lei nº 9.656/98, da Lei nº 8.078/90 (CDC). Operadora não pode estabelecer o tratamento que o paciente deve se submeter para o alcance da cura e não pode restringir aqueles que forem prescritos pelo médico. Danos morais. Cabimento. Prejuízo moral inequivocamente experimentado pelo consumidor. Dever de reparação. *Quantum* indenizatório que deve ser fixado em R\$ 10.000,00. Precedentes. Sentença parcialmente reformada. Adoção parcial do art. 252 do RITJ. RECURSO do requerido DESPROVIDO. RECURSO do requerente PROVIDO EM PARTE.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 966/969, que julgou parcialmente procedente os pedidos formulados pela parte então autora, consistentes, em síntese: i) no fornecimento do tratamento médico indicado; ii) na indenização por danos morais.

R. sentença cujo dispositivo se colaciona a seguir:

“Diante do exposto, julgo procedente, em parte, o pedido inicial, para o fim de confirmar a antecipação de tutela. Em razão da sucumbência recíproca, as despesas processuais serão divididas igualmente pelas partes. Considerando que os honorários não admitem compensação (artigo 85, parágrafo 14, do Código de Processo Civil), condeno a ré ao pagamento de honorários advocatícios, que fixo em 10% do valor atualizado da causa, bem como condeno a autora ao pagamento do mesmo montante, com a ressalva do disposto artigo 98, parágrafos 2º e 3º, do Código de Processo Civil. PRIC.”.

No presente instante, inconformada, a parte **requerente-recorrente** aduz que: i) a apelante se viu sem saída pois não tem condições financeiras para arcar com o tratamento que precisa, isso tem causado sérios prejuízos à sua saúde e desenvolvimento, além de danos psicológicos; ii) a jurisprudência também tem reconhecido que a negligência ou recusa injustificada na autorização de procedimentos médicos por parte das empresas de planos de saúde configura dano moral indenizável. Cita jurisprudência (fls. 972/978).

Pugna pela fixação dos danos morais em R\$ 30.000,00.

Recurso tempestivo e sem preparo (gratuidade judiciária - fls. 246).

A parte **requerida-recorrida** apresentou contrarrazões (fls. 1004/1010), aduzindo pelo desprovimento do recurso.

Por sua vez, inconformada, a parte **requerida-recorrente** aduz que: i) os contratos dos beneficiários possuem limites de cobertura, sendo um destes limites a

proibição do custeio de médicos particulares não pertencentes à rede credenciada e de procedimentos e metodologias não previstas no rol da ANS; ii) a despesa do tratamento não está prevista no cálculo atuarial deste plano de saúde, de modo que tal quantia impactará profundamente os demais membros deste mutualismo, ensejando aumento do cálculo da sinistralidade e em casos mais graves, até uma quebra desse fundo, onde a apelada não poderá arcar com os tratamentos dos demais mutuários; iii) a apelada apenas solicita o referido medicamento para que não volte a ter que comparecer em sessões de hemodiálise, restando demonstrado o caráter alternativo do medicamento particular; iv) conforme apurado no laudo pericial elaborado pelo Dr. Marcel Eduardo Pimenta, a conduta adotada pelo médico assistente da apelada não seguiu as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA, sendo que o medicamento solicitado foi prescrito em momento inoportuno, desconsiderando tratamentos que deveriam ter sido implementados previamente, como o uso do Eculizumabe por três meses para avaliação de resposta; v) a apelada não demonstrou a necessidade indispensável do medicamento pleiteado, sendo que a recorrente cumpriu com as obrigações contratuais e legais e que a perícia técnica concluiu pela ausência de nexo causal entre a melhora da apelada e o uso do medicamento solicitado (fls. 982/991).

Recurso tempestivo e com preparo (fls. 992). Intimada, a parte recorrente promoveu a complementação do preparo (fls. 1017).

A parte **requerida-recorrida** apresentou contrarrazões (fls. 998/1003), aduzindo pelo desprovimento do recurso.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

Os recursos estão formalmente em ordem.

É o relatório.

O recurso da requerida-recorrente **NÃO** merece **PROVIMENTO**, enquanto o recurso da requerente-recorrente merece **PROVIMENTO EM PARTE**.

Pois bem. A aplicabilidade do diploma consumerista ao caso concreto é inconteste, sendo pertinente apegar-se aos termos da súmula 608 do C. STJ (que de maneira sucinta e objetiva dispora):

“Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Dito isso, em que pese a argumentação da parte **requerida-recorrente**, a r. sentença demonstra-se suficientemente fundamentada, aqui também adotada como razão de decidir, nos termos do art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP.

Na Seção de Direito Privado desta Corte, o art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP tem sido reiteradamente utilizado por esta Câmara, que prevê em seu texto a possibilidade de ratificação dos fundamentos da decisão recorrida, em que possui motivação suficiente, conforme segue:

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Art. 252. Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la.

Aliás, este dispositivo regimental tem sido aplicado para dar concretude à garantia constitucional da tutela jurisdicional célere, previsto no art. 5º, LXXVIII, da CF.

Ademais, o C. STJ tem prestigiado este entendimento ao reconhecer a possibilidade da ratificação do juízo de valor firmado em sentença, transcrevendo-a em acórdão. (REsp nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rei.Min. João Otávio de Noronha, j . de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rei. Min. Castro Meira, j . de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rei. Min. Eliana Calmon, j . 17.12.2004 e REsp nº 265.534- DF, 4ª Turma, Rei. Min. Fernando Gonçalves, j de 1.12.2003).

Neste sentido, deve ser ressaltado o seguinte trecho da r. sentença, que se demonstra suficientemente motivada:

“A pretensão relativa ao fornecimento de medicamento é procedente, pelos fundamentos expostos na decisão que concedeu a antecipação de tutela (fls. 241/243), reiterados nesta oportunidade e adotados como razão de decidir, cujo teor é o seguinte:

Pois bem. Há elementos que evidenciam a probabilidade do direito e há risco de dano irreparável, na medida em que se trata de fornecimento de medicamento voltado à saúde da autora, com expressa prescrição médica, devendo a tutela de urgência ser deferida (art.300, CPC). De fato, encontram-se presentes os requisitos autorizadores da concessão da tutela provisória de urgência, uma vez que restou comprovada tecnicamente a necessidade, utilidade e urgência do medicamento pretendido, não cabendo, em princípio, aos

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

planos e seguros-saúde questionar critérios médicos e analisar o mérito e a conveniência das prescrições realizadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Aliás, o tema já foi pacificado no E. Tribunal de Justiça pela 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”. Havendo prescrição médica, descabida qualquer discussão acerca de sua adequação, não sendo razoável que a requerida, na qualidade de operadora de plano de saúde, questione acerca da adequação, ou não, do tratamento indicado pelo médico.

Ademais, irrelevante o fato de o procedimento não constar na lista de coberturas obrigatórias das Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, visto que se trata de rol meramente exemplificativo, não esgotando as possibilidades de tratamento disponibilizadas aos pacientes, sendo abusiva a negativa de cobertura sob esse fundamento.

Entre a aceitação da comunidade científica e os demorados trâmites administrativos de classificação, não pode o paciente permanecer descoberto, colocando em risco bens existenciais. Portanto, a recusa da requerida em dar cobertura ao medicamento acima aludido, sob o argumento de não constar no aludido rol da ANS, afigura-se, a princípio, abusiva e ilegal, considerando que foi expressamente recomendado por médico.

Além disso, e também a princípio, a postura da requerida afronta a preceito contido no Código de Defesa do Consumidor, art.51, inciso IV, já que restringe direitos e obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto e o próprio equilíbrio contratual (idem, art.51, § 1º, inciso II). Oportuno esclarecer que não se desconhece o teor do julgamento dos Recursos Especiais n. 1886929/SP e 1889704/SP que, por maioria de votos, considerou taxativo o rol de procedimentos estabelecido pela ANS. Contudo, ainda não houve o trânsito em julgado de referido acórdão, não estando presente, até o momento, o caráter vinculante do “decisum”. Ademais, restou estabelecido em referido julgamento que “ (...) 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”; matéria esta que demanda dilação probatória. Não bastasse, na espécie, também verifica-se presente o requisito legal do risco de dano, consubstanciado no fato de que a ausência de tratamento adequado ao paciente pode causar-lhe sérios prejuízos à sua saúde e até mesmo à sua vida. E aqui, impende ressaltar que não há que se falar em irreversibilidade da medida uma vez que, caso esta última venha a ser revertida quando da prolação da sentença nos autos de origem, poderá a requerida buscar o ressarcimento das despesas havidas com a disponibilização do referido medicamento a autora. Verifica-se, ademais, que o médico especialista que

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

acompanha a autora atestou pormenorizadamente (fls.150/156) que: 2. A não realização do tratamento efetivo implica em doença renal crônica, perda de função renal, necessidade de hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal (com possibilidade ao desprezível de recorrência no enxerto). 3. O tratamento da condição é mandatório uma vez que, firmado o diagnóstico, há reconhecimento de benefício da intervenção medicamentosa com eculizumabe ou ravulizumabe.

O uso dos medicamentos para a condição clínica da paciente não é off label. Não há outra estratégia ou medicamento efetivo para tratamento da condição, tanto no SUS quanto na saúde suplementar. Infelizmente, não há Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde para o tratamento da síndrome hemolítico urêmica atípica (SHUa). 4. Ambos os medicamentos não estão disponíveis no SUS ou foram recomendados pela CONITEC. Todavia, ambos tem registro na Agência reguladora ...".

Mesmo após a instrução probatória, é certo que a conclusão pericial e demais considerações feitas pelo expert não tem o condão de afastar a prescrição feita pelo médico assistente.

De fato, esclareceu é exatamente o que ressaltou o perito por diversas vezes, como se vê a fls. 831: Venho prestar manifestação requerida. A autora não teve diagnóstico apresentado por seu médico questionado pelo perito.

É fato que a doença apresentada possui relevante morbidade, necessitou de tratamento médico, porém quanto ao medicamento requerido, conforme já abordado em documentos médicos periciais anteriores, o uso do medicamento não atendeu às orientações do Ministério da Saúde e Anvisa.

Não foi dito que tal medicação não poderia ser usado para a doença da autora, porém há uma normativa governamental descrita no laudo pericial e essa não foi seguida. Não trata-se de parecer pericial baseado em opinião pessoal, mas foi baseado em dados técnicos descritos no laudo médico pericial. Por conseguinte, deve-se confirmar a medida inicialmente deferida, considerando que a prescrição médica objeto do processo atendeu às peculiaridades da enfermidade apresentada pela autora".

Em complemento, no caso em tela, a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre o plano-referência de assistência à saúde, determina a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da organização Mundial da Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art.

10 e 12 desta Lei.

Desta feita, a Resolução Normativa (RN) nº 465/2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, constituindo referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, editada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não pode suplantar ou contrariar a legislação vigente, ou mesmo contrariar determinação do médico responsável pelo tratamento, conforme já determinado na jurisprudência deste E. TJSP:

“PLANO DE SAÚDE – Negativa de cobertura de medicamento Omalizumab para o tratamento de urticária crônica espontânea – A **Operadora não pode estabelecer o tratamento que o paciente deve se submeter para o alcance da cura e não pode restringir aqueles que forem prescritos pelo médico,** independentemente de tratar-se de procedimento obrigatório previsto na Resolução Normativa RN 428/2017 – Súmula 102 do TJSP – Entendimento do REsp 1733013/PR que é controverso, não se podendo falar ainda em overruling – Sentença mantida – Recurso desprovido.” (TJSP; Apelação Cível 1029425-57.2019.8.26.0562; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 7ª Vara Cível; Data do Julgamento: 06/10/2020; Data de Registro: 06/10/2020) (grifos nossos)

No mais, ressalte-se que “A exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato.” (STJ Resp nº 183719/ SP 4ª Turma Rel. Min. Luis Felipe Salomão DJe 13.10.08).

Dito isso, inobstante o brilhantismo de aludido entendimento, mostra-se necessário o apego a novos fundamentos a fim de autorizar a parcial reforma da r.

Sentença.

No tocante ao dano moral, tem-se ser injustificável as recusas perpetradas, mesmo se considerado que o tratamento não consta no rol da ANS, em razão de tudo o quanto foi alegado até aqui.

Nesta toada, a recusa do plano de saúde em cobrir o tratamento prescrito por médico à parte beneficiária, baliza o reconhecimento do dever de reparação moral, considerando-se a recusa injusta ou abusiva, representando o descaso ao seu cliente, principalmente diante de caso de grave doença - onde cada dia de tratamento importa, cujos reflexos são mais do que aptos a ultrapassar a esfera do mero dissabor, a ponto de por em risco a vida e a saúde da parte.

Nem se alegue que inexistiu ato ilícito praticado pelo plano de saúde para afastar a reparação por danos morais, eis que a ilicitude decorre da própria negativa de cobertura do tratamento especificado, que foi reforçada pela resistência da requerida à pretensão da autora no presente feito.

A respeito do reconhecimento do dever de reparação moral, este E. TJSP já teve oportunidade de pronunciar-se diversas vezes, quando da apreciação de situações símiles:

“PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA.
MEDICAMENTO "LENALIDOMIDA 25MG".
IMPOSSIBILIDADE. OFENSA A LEI Nº 9.656/98 E AO
CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

JURISPRUDÊNCIA DESTE E. TRIBUNAL DE JUSTIÇA. PRECEDENTE DO C. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. DANO MORAL RECONHECIDO IN RE IPSA. Negativa de cobertura de tratamento quimioterápico com o medicamento "Lenalidomida 25mg", relacionado à grave doença que acomete a autora. Ofensa a Lei nº 9.656/98 e ao Código de Defesa do Consumidor. Questão sumulada por este E. Tribunal de Justiça. Jurisprudência desta Corte e do C. Superior Tribunal de Justiça. Ademais, a alegação de não constar o tratamento nos róis da ANS é irrelevante, porquanto tais róis não podem suplantam a lei, mas apenas torná-la exequível. **Dano moral reconhecido in re ipsa. Indenização devida.** Sentença mantida. Recurso não provido”.

(TJSP; Apelação Cível 1006464-88.2020.8.26.0077; Relator (a): J.B. Paula Lima; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Birigui - 3ª Vara Cível)

(Grifo nosso)

Com relação ao *quantum* indenizatório, à luz da prudência e razoabilidade, o julgador deve considerar quando de sua fixação, a princípio: a extensão e gravidade do dano, as circunstâncias (objetivas e subjetivas) do caso, a situação pessoal e social do ofendido e a condição econômica do lesante, na busca de relativa objetividade com relação à satisfação do direito atingido, preponderando a ideia de sanção ao ofensor, como forma de obstar a reiteração da conduta ilícita.

Além disso, ele deve balizar-se sempre pelos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Assim, a indenização moral deve ser fixada em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), sendo este o valor que melhor se adapta às circunstâncias do caso em tela, não proporcionando enriquecimento ilícito para a parte ofendida.

Destarte, o recurso de apelação do requerido-recorrente deve ser DESPROVIDO, enquanto ao recurso do requerente-recorrente deve ser PROVIDO EM PARTE, para fixar o valor dos danos morais para R\$ 10.000,00, corrigidos monetariamente pela Tabela Prática do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo a partir do arbitramento (Súmula 362 do STJ) com incidência de juros de mora de 1% ao mês contados a partir da citação.

Diante do provimento parcial do recurso da autora, readequo o ônus sucumbencial para condenar apenas a requerida ao pagamento integral das custas e despesas processuais, bem como honorários no percentual de 15% sobre o valor da condenação, já considerado o trabalho adicional em fase de recurso (art. 85, § 11, do CPC).

Isto porque, considerando que a autora apenas sucumbiu quanto ao valor do pleito indenizatório, deve ser aplicado o disposto na Súmula 326 do STJ, “in verbis”:

“Na ação de indenização por dano moral, a condenação em montante inferior ao postulado na inicial não implica sucumbência recíproca”.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Diante do exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso da requerida-recorrente e **DOU PROVIMENTO EM PARTE** ao recurso da requerente-recorrente.

JAIR DE SOUZA

Relator

(assinatura eletrônica)