



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000406404

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1002765-27.2024.8.26.0505, da Comarca de Ribeirão Pires, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, é apelado VLADEMIR ANTONIO PASQUALE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª 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 dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente sem voto), THEODURETO CAMARGO E CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER.

São Paulo, 28 de abril de 2025.

SILVÉRIO DA SILVA
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 40685

APELAÇÃO Nº.: 1002765-27.2024.8.26.0505

COMARCA: FORO DE RIBEIRÃO PIRES

APTE: BRADESCO SAÚDE S/A

APDO: VLADEMIR ANTONIO PASQUALE

MFF

APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - OBRIGAÇÃO DE FAZER - SENTENÇA PROCEDENTE – AUTOR IDOSO - AUTOR PORTADOR DE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA) E DO VÍRUS HIV - NEGATIVA DE COBERTURA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PARA REMOÇÃO DE ADENOMA - RISCO DE TRANSFORMAÇÃO DO TUMOR BENIGNO EM MALIGNO - RECUSA DE SOB A ALEGAÇÃO DE NÃO POSSUIR PREVISÃO CONTRATUAL – INDICAÇÃO MÉDICA – COBERTURA OBRIGATÓRIA – PRECEDENTES DESTA CORTE - INTELIGÊNCIA DO ART. 35-F DA LEI 9.656/98 – DECISÃO DO STJ QUE RECONHECEU QUE O ROL DA ANS É TAXATIVO, EM REGRA – PLANO DE SAÚDE QUE NÃO INDICOU TRATAMENTO EFICAZ, EFETIVO E SEGURO PARA A CURA DO PACIENTE, JÁ INCORPORADO À LISTA – TAXATIVIDADE DO REFERIDO ROL RESTOU SUPERADA COM O ADVENTO DA LEI 14.454/22, QUE ALTEROU A LEI DE PLANOS DE SAÚDE, PARA CONSIGNAR EXPRESSAMENTE QUE O ROL DA ANS NÃO É TAXATIVO, CONSTITUINDO APENAS REFERÊNCIA BÁSICA COBERTURA DEVIDA – NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO.

A sentença a fls. 410/415, cujo relatório se adota, julgou o pedido procedente, para condenar a ré autorizar o procedimento cirúrgico indicado conforme relatório médico de fls. 177, a ser realizado no Hospital São Luiz (Unidade Itaim Bibi), sob pena de multa diária de R\$500,00 (quinhentos reais), limitada ao montante de

R\$20.000,00 (vinte mil reais).

Apela a ré, a fls. 426/443, em síntese, alega improcedência imperativa, em razão de não se tratar de diagnóstico desconhecido pela parte autora, afirmando se tratar de omissão proposital a fim de afastar os prazos previstos de carência parcial temporária. Ressalta ser inconcebível considerar as cláusulas contratuais abusivas, visto que explicadas de forma clara, não possuindo violação ao art. 51 do CDC. Aduz não possuir qualquer obrigação de custear os procedimentos incorridos por conta de doença preexistente. Alude que o procedimento não fora negado por mera liberalidade, mas em decorrência de doença que já era presente antes da assinatura do contrato, sendo perfeitamente possível e permitido diante da atual legislação.

Discorre sobre o art. 11 da Lei n. 9.656/98, fundamentando a possibilidade de não pagamento de despesas decorrentes de tratamento de doenças preexistentes ao advento do contrato pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

Expõe a natureza do contrato, justificando que o tratamento para doença preexistente não pode ser concedido, sob pena de violação da própria essência e natureza do contrato realizado entre as partes.

Retrata necessária a apresentação de relatório médico detalhado com a discriminação de todos os materiais, medicamentos e taxas com seu respectivo valor, incluindo honorários médicos. Ressalta que o presente seguro saúde é regido, principalmente, pelas normas do Código Civil e outras editadas pelos órgãos controladores da atividade, onde os riscos são atuarialmente calculados e, por imposição legal, se constitui um fundo apenas para indenização de sinistros previstos no contrato com as devidas limitações, concluindo-se que a seguradora não agiu ilicitamente no caso dos autos, já que não houve qualquer descumprimento de dever legal.

Narra sobre o contrato de seguro e o dano ao fundo comum, defendendo que obrigar a seguradora assumir liminarmente riscos financeiros não previstos no contrato equivale a alterar a comutatividade estabelecida no contrato assinado, resultando em onerosidade excessiva em razão do desequilíbrio entre prêmio pago e risco segurado.

Aponta inexistência de abusividade ou ilegalidade ao Código de Defesa do Consumidor, visto que a limitação de riscos é da natureza do próprio contrato de seguro.

Pleiteia pela reforma da sentença.

Contrarrazões a fls. 449/452.

É o relatório.

O autor fora diagnosticado com Adenoma convencional subtipo túbulo no cólon, sendo indicado a remoção via cirúrgica, devido ao risco de transformação do tumor benigno em maligno.

O relatório médico a fls. 177, comprova a probabilidade dos fatos e a urgência do pedido. Nota-se que o apelado é pessoa idosa (nascido em 04/01/1962) e é portador de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e do vírus HIV, conforme fls. 13.

A negativa da apelante para a realização se baseia na justificativa de que o tratamento pleiteado pelo apelado não possui previsão contratual, afastando, portanto, a obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde.

O Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 47, dispõe que "as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor". A interpretação é assim feita devido ao fato de haver cobertura para o tratamento.

Disso resulta que ainda que exista cláusula contratual com previsão de exclusão de cobertura para certos procedimentos, esta deve ser interpretada. Se dúbia, deve ser interpretada em favor do hipossuficiente; se abusiva, considerada nula.

A indicação terapêutica do profissional que atua no caso, acompanhando pessoalmente o enfermo, deve prevalecer sobre qualquer listagem proferida por agências reguladoras, uma vez que ele analisa as especificidades do caso. Portanto, não cabe ao plano de saúde contestar a necessidade do tratamento proposto pelo médico.

Aplica-se ao caso a **Súmula 102** deste Tribunal: **"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"**.

Ainda: **"Súmula 96** desta Corte: **"Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento"**.

Vale lembrar que as Súmulas, ao ser editadas, apenas cristalizam a opinião pacífica do Tribunal.

No mais, é certo que o Superior Tribunal de Justiça firmou tese, quando do julgamento do Recurso Especial nº 1.886.929/SP:

"Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol:

1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo;

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 à lista;

3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol;

4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida 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 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."

O relatório médico a fls. 177, justifica a realização de remoção do Adenoma por via cirúrgica, diante do risco de transformação do tumor benigno em maligno. O plano de saúde não indicou outro tratamento eficaz, previsto no rol da ANS, que pudesse substituir o tratamento indicado pelo médico assistente.

Não se pode deixar de ressaltar da aplicação do CDC nos contratos de plano de saúde conforme Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça: "*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*". E deve-se aplicar o art. 51, incisos IV e XV, e parágrafo primeiro, do Código de Defesa do Consumidor, já que se trata de relação de consumo.

Os princípios de ordem pública do Código de Defesa do Consumidor integram o contrato para recompor a vulnerabilidade existente entre a administradora do plano de saúde e o

consumidor.

A interpretação acima mencionada está em consonância com o art. 423 do CC que assim dispõe: “quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente”.

Assim, cabia ao plano de saúde indicar outro procedimento eficaz, efetivo e seguro para a cura do paciente, já incorporado à lista, o que não foi feito.

Diante do quadro de saúde do autor e havendo indicação médica para realização do tratamento, a negativa do plano se mostra indevida.

Conforme preceitua o artigo 35-F, da Lei n. 9.656/1998, *“a assistência a que alude o artigo 1º desta lei, compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta lei e do contrato firmado entre as partes”*.

E não há que se falar que resoluções normativas possam se sobrepor à letra da lei, quando há evidente prejuízo ao consumidor.

No mais, a questão da taxatividade do referido rol restou superada com o advento da Lei 14.454/2022, que alterou a Lei de Planos de Saúde, para consignar expressamente que o Rol da ANS não é taxativo, constituindo apenas “referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados”.

Dessa forma, não se autoriza que a ré afaste a cobertura do tratamento recomendado por médico assistente por não haver previsão de cobertura para o tratamento recomendado.

Deve, portanto, o plano de saúde autorizar a realização do procedimento cirúrgico indicado.

Pelo meu voto, **nego provimento ao recurso.**



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Majoro os honorários de advogado de 10% para 15% sobre o valor da causa atualizado.

SILVÉRIO DA SILVA

Relator