



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000413410**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1007667-82.2023.8.26.0529, da Comarca de Santana de Parnaíba, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, é apelado FABIO RODRIGO MARQUES.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 1) 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 IRINEU FAVA (Presidente sem voto), PEDRO FERRONATO E MARA TRIPPO KIMURA.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

**PAULO GUILHERME AMARAL TOLEDO**

**Relator(a)**

Assinatura Eletrônica

Apelação n. **1007667-82.2023.8.26.0529**  
Comarca: **Santana do Parnaíba (1ª Vara Cível)**  
Juiz: **Raphael Martins de Oliveira**  
Apelante: **Bradesco Saúde S/A**  
Apelado: **Fabio Rodrigo Marques**

**Voto n. 2896**

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA ENDOSCÓPICA DE COLUNA. RECURSO NÃO PROVIDO.

I. CASO EM EXAME: Ação de obrigação de fazer em que a autora, beneficiária de plano de saúde, teve negada a cobertura de cirurgia endoscópica de coluna, indicada para tratamento de hérnia com crises intensas de dor. Sentença de procedência condenou a ré ao custeio integral do procedimento. Apela a ré.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO: (i) negativa de cobertura pela operadora de plano de saúde para procedimento cirúrgico essencial, alegando cláusulas contratuais e natureza do plano anterior à Lei 9.656/98.

III. RAZÕES DE DECIDIR: 1. A negativa de cobertura foi considerada abusiva, pois a operadora não pode restringir tratamento indicado por médico, comprometendo o objeto do contrato. 2. A aplicação do Código de Defesa do Consumidor é válida, mesmo para contratos anteriores à Lei 9.656/98.

IV. DISPOSITIVO: Recurso não provido.

Trata-se de ação de obrigação de fazer em que a parte autora relata ser beneficiária de plano de saúde da ré, sustentando que, em razão de quadro de hérnia com crises intensas de dor, lhe foi indicado procedimento de cirurgia endoscópica de coluna, cuja cobertura foi negada pela operadora. Pedia, em sede de tutela de urgência, a imediata autorização e custeio da cirurgia indicada, e, ao final, a procedência do pedido para condenar a requerida ao custeio integral do procedimento, incluindo honorários médicos, material e internação.

Na r. sentença (fls. 123/125), o pedido foi julgado procedente, para condenar a ré ao custeio da cirurgia endoscópica de coluna indicada ao autor, confirmando os efeitos da tutela antecipada. Pela sucumbência, foi a parte

ré condenada ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, fixados em 10% sobre o valor da causa.

Apela a parte ré (fls. 128/144), requerendo a reforma da sentença e a improcedência da demanda, sustentando a ausência de obrigatoriedade de cobertura do procedimento, em razão das cláusulas contratuais e da natureza do plano anterior à Lei 9.656/98.

Recurso tempestivo e regularmente preparado.

Contrarrazões às fls. 156/162.

Não há oposição ao julgamento virtual.

**É o relatório.**

#### **Da aplicabilidade do CDC**

Desde logo importante ressaltar que as normas do Código de Defesa do Consumidor são aplicáveis ao caso em questão. Não resta dúvida quanto à condição da Apelada como destinatária final na relação de consumo. Inclusive, o assunto já está sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ): “*Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*”

Ainda que se considere que o contrato celebrado entre as partes é anterior à vigência da Lei 9.656/98, nos termos da tese firmada pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Tema 123 (RE 948634/RS), remanesce a incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor sobre a relação contratual havida entre as partes.

Nesse sentido é a jurisprudência reiterada do Superior Tribunal de Justiça, a exemplo do seguinte julgado:

*“Embora a Lei 9.656/98 não retroaja aos contratos celebrados antes de sua vigência, é possível aferir a abusividade de suas cláusulas à luz do Código de Defesa do Consumidor, ainda que tenham sido firmados antes mesmo de seu advento”* (AgRg no REsp 1.260.121/SP, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, DJe 6/12/2012).

### **Da regularidade da negativa de cobertura**

Tratando-se de relação de consumo, a envolver contrato de prestação continuada de serviços de saúde, impõe-se à operadora a observância de critérios objetivos de boa-fé e equilíbrio contratual, sendo vedada a inserção de cláusulas que, ainda que formalmente válidas, resultem em prática abusiva ou em desvio da finalidade do contrato, o qual se destina à preservação da vida e à recuperação da saúde do beneficiário.

No caso concreto, a parte autora apresentou documentação médica que atesta a gravidade do seu quadro clínico, com diagnóstico de hérnia discal lombar associada a intensa dor e limitação funcional (fls. 16/17), situação confirmada por exames de imagem (fls. 18/20) e corroborada por solicitação expressa de procedimento cirúrgico por via endoscópica (fls. 22/25), técnica indicada por seu médico assistente como a mais eficaz para o caso, tendo em vista menor risco, menor tempo de internação e recuperação mais rápida.

A recusa da operadora, por sua vez, amparou-se exclusivamente em cláusula contratual que, por alegada anterioridade legislativa, permitiria restringir a cobertura da cirurgia e de materiais a ela vinculados. Entretanto, não se demonstrou, nos autos, que tal exclusão tenha sido objeto de ciência inequívoca e específica do consumidor, tampouco que existisse alternativa terapêutica equivalente disponível na rede credenciada.

O contrato firmado se destina à proteção da saúde e da vida do paciente, que se encontravam sob risco por conta da enfermidade apontada, a qual demandava a realização do procedimento indicado pelo médico que o assistia.

A ré, de seu turno, não nega que a enfermidade era passível de cobertura, apegando-se tão somente à alegação de que o procedimento indicado, por via endoscópica, não era passível de cobertura por não estar previsto na tabela contratada.

Ora, neste contexto, como bem observado na sentença recorrida, a exclusão da cobertura afronta o princípio da boa-fé contratual, já que no

momento da contratação a fornecedora acena com a perspectiva de dar cobertura aos tratamentos necessários ao paciente, atraindo o consumidor, que, no entanto, se vê desprotegido quando deles necessita efetivamente.

Havendo cobertura contratual para a doença que acomete o paciente, como no caso dos autos, também deve haver cobertura para todos os procedimentos necessários para assegurar sua saúde e seu bem-estar. Excluir a cobertura do procedimento e dos materiais com eles conexos, necessários, adequados e menos invasivos, nada mais é do que privar o consumidor de receber o tratamento adequado para a moléstia que o acomete, que tem cobertura contratual, o que desatende à finalidade do ajuste e à boa fé que deve nortear o relacionamento contratual.

Conforme assinalado pelo juízo a quo, mesmo sob a égide contratual anterior à Lei 9.656/98, a negativa de cobertura fere a legítima expectativa do consumidor quanto à finalidade do contrato de plano de saúde, mormente quando demonstrada a imprescindibilidade do procedimento, a cobertura da doença e a inexistência de exclusão clara e devidamente informada.

O Código de Defesa do Consumidor, aplicável ao caso em apreço, considera ainda abusivas e inválidas as cláusulas que o coloquem em desvantagem exagerada e torne injusta a obrigação.

Deste modo, como a negativa de cobertura foi indevida, de rigor que a ré seja responsabilizada pelo **pagamento integral** dos materiais e terapias utilizados na cirurgia e tratamento da paciente, não sendo nem mesmo o caso de se aplicar a tabela contratual de reembolso.

Nesse sentido, reiterados os julgados:

*“PLANO DE SAÚDE. Negativa de reembolso de despesa com materiais empregados em procedimento cirúrgico, em especial stents e curativos. Irrelevante o fato de ser o contrato anterior à Lei nº 9.656/98 e não adaptado. Contrato regido pelas normas imperativas do Código de Defesa do Consumidor. Observância dos*

*princípios da boa-fé objetiva e equilíbrio contratual que iluminam inclusive o direito comum. Inadmissível negar tratamento ao segurado sob o fundamento de que o procedimento não está previsto no contrato. Não há cobertura de moléstia sem a correspondente cobertura do tratamento. Observância dos princípios da boa-fé objetiva e equilíbrio contratual. Implantação de stent como tratamento indispensável ao paciente, sendo abusiva a negativa de sua cobertura, ainda que o contrato seja anterior à Lei n. 9.656/98, a teor da Súmula 93 do TJSP. Cobertura de procedimento cirúrgico que deve logicamente abranger os materiais necessários à sua execução, pena de frustrar a cobertura de moléstia, ajustada no contrato. Acertada a condenação da requerida ao reembolso integral das despesas com o tratamento do paciente. Cláusula de limitação de reembolso baseada em equação de difícil compreensão e calcada em critérios de custos aferíveis somente pela própria seguradora. Obscuridade de cláusula que impõe o reembolso integral dos valores desembolsados pela beneficiária. Inocorrência de danos morais indenizáveis em mera negativa de reembolso de despesas já efetuadas. Recurso provido em parte.” (Apelação Cível nº 1007276-75.2022.8.26.0008; Rel. Des. FRANCISCO LOUREIRO; 1ª Câmara de Direito Privado; j. em 28 de junho de 2023).*

*“Apelação cível. Despesas hospitalares não cobertas por plano de saúde. Materiais cirúrgicos. Prótese. Ação movida contra hospital e operadora de plano de saúde. Extinção do processo por ilegitimidade passiva do hospital. Sentença de improcedência em relação à operadora de plano de saúde. Recursos interpostos por todas as partes. Preliminar. Prevenção de outra Câmara. Rejeição. Não há conexão, pois não há*

*identidade de pedidos e causa de pedir. Ações fundadas no mesmo contrato, porém tem por objeto cirurgias distintas, originárias de fatos diversos. Ademais, decisão que rejeitou distribuição por prevenção não foi objeto de recurso na origem. Preliminar. Ilegitimidade passiva do hospital. Rejeição. Hospital responde pela inexigibilidade da cobrança e retirada de anotações restritivas. Despesas hospitalares em aberto. Exercício regular de direito do Hospital. Uma vez prestado o serviço e negada cobertura pelo plano de saúde, o hospital pode direcionar a cobrança para o paciente. Termo de responsabilidade válido. Responsabilidade subsidiária da parte autora, que só terá lugar se não houver cobertura do plano de saúde. Cobertura. Contrato antigo e não adaptado. Não aplicabilidade da Lei 9656/98. Entendimento STF na ADI 1931. Relação de consumo configurada. Aplicação da Súmula 608 do C. STJ e 100 desta Corte, em parte. Contrato que deve ser interpretado em favor do consumidor. Cláusula que limita tratamento prescrito pelo médico fere a boa-fé objetiva e desnatura a própria finalidade do contrato. No caso, a implantação dos materiais era imprescindível, sem a qual a cirurgia não teria qualquer utilidade. Não haveria recuperação do paciente. A negativa de fornecimento dos materiais implicava na negativa do tratamento e, em última análise, frustrava a finalidade do contrato. Paciente internada. Pacta sunt servanda não é absoluto e deve ser interpretado em consonância com as normas de ordem pública, com os princípios constitucionais e, na presente hipótese, com o escopo de preservar a natureza e os fins do contrato. Com o resultado do julgamento, a dívida passou a ser inexigível da parte autora. Operadora deve realizar o pagamento diretamente ao hospital. Caracterização de dano*

*moral. Ilícito consistiu na indevida recusa. A conduta da ré causou insegurança quanto à realização do tratamento e imputou à autora dívidas inesperadas, exacerbando sofrimento em momento tão delicado. Indenização mantida em R\$15.000,00 para cada autor, visto que se atende a razoabilidade e proporcionalidade. Juros de mora a partir da citação. Inteligência do art. 405, CC. Sucumbência parcial entre autora e Igesp. Sucumbência integral da operadora em relação à autora. Apelação interposta pela autora parcialmente provida. Apelação interposta pelo corréu Trasmontano não provida. Provido recurso adesivo da corré Igesp.” (Apelação Cível nº 1011768-24.2022.8.26.0554; Rel. Des. EDSON LUIZ DE QUEIROZ; 9ª Câmara de Direito Privado; j. em 27 de junho de 2023).*

*“APELAÇÃO. Plano de saúde. Obrigação de fazer. Recurso especial e recurso extraordinário. Reexame da matéria relativa à obrigatoriedade de custeio dos procedimentos prescritos à autora para o reestabelecimento de sua saúde. Acórdão que negou provimento ao recurso da requerida. Insurgência da requerida que argumentou ter sido celebrado o contrato em 1998, antes da vigência da Lei 9.656/1998. Autos encaminhados pela Egrégia Presidência da Seção de Direito Privado deste Tribunal para reapreciação. Julgamento pelo C.STF do Tema 123 sob o rito dos recursos repetitivos, que assentou o entendimento acerca da inaplicabilidade da Lei 9.656/1998 aos contratos anteriores à sua vigência e a ela não adaptados. Ainda que afastada a incidência da Lei 9.656/1998 aplica-se o CDC e o CC. Função social do contrato e boa-fé objetiva. Doença que acomete a autora que não é excluída da cobertura do plano de saúde. Abusividade*

*da recusa de cobertura de tratamento e fornecimento dos materiais necessários que subsiste mesmo após o afastamento da aplicabilidade da Lei 9.656/1998. Acórdão com modificação de fundamentação, mas sem modificação do resultado. Recurso improvido.” (Apelação Cível nº 0002030-88.2011.8.26.0562, Re. Des. MAURÍCIO CAMPOS DA SILVA VELHO; 4ª Câmara de Direito Privado; j. em 23 de junho de 2023).*

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, em linha com o entendimento acima, tem reiteradamente assim reconhecido:

*DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SÚMULA 182/STJ. INAPLICABILIDADE. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. PLANO DE SAÚDE NÃO ADAPTADO À LEI N. 9.656/98. ABUSIVIDADE RECONHECIDA COM BASE NO CDC. POSSIBILIDADE. RECUSA INDEVIDA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. CâNCER DE MAMA. DANOS MORAIS. CABIMENTO. AGRAVO INTERNO PROVIDO. RECURSO ESPECIAL IMPROVIDO.*  
*1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, as regras estabelecidas na Lei 9.656/98 restringem-se ao contratos de plano de saúde celebrados após sua vigência (art. 35), mas o abuso de cláusula contratual prevista em avenças celebradas em datas anteriores pode ser aferido com base no Código de Defesa do Consumidor. Precedentes. 2. "Embora o mero inadimplemento contratual não seja causa para ocorrência de danos morais, é reconhecido o direito à compensação dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada" (REsp n. 1.421.512/MG, relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 11/2/2014, DJe de 30/5/2014.) 3. Agravo interno provido para conhecer do agravo e negar provimento ao recurso especial. (STJ, AgInt no AREsp 2518421 / MG, Quarta Turma, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data do julgamento: 19/08/2024, Data da publicação/fonte: DJe 02/09/2024)*

*AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PRÓTESES E ÓRTESES LIGADAS A ATOS CIRÚRGICOS.*

*CLÁUSULA DE EXCLUSÃO. ABUSIVIDADE. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICAÇÃO. LEI Nº 9.656/1998. NÃO INCIDÊNCIA. CONTRATO ANTIGO. IRRETROATIVIDADE. OBSERVÂNCIA. 1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional nos embargos declaratórios, a qual somente se configura quando, na apreciação do recurso, o tribunal de origem insiste em omitir pronunciamento a respeito de questão que deveria ser decidida, e não foi. 2. As disposições da Lei nº 9.656/1998, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, somente incidem sobre os contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como nos contratos que, firmados anteriormente, foram adaptados ao seu regime, sendo as respectivas disposições inaplicáveis aos beneficiários que, exercendo sua autonomia de vontade, optaram por manter os planos antigos inalterados (Tema nº 123 de Repercussão Geral do STF). 3. Embora as disposições da Lei nº 9.656/1998, 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 (CDC). 4. A jurisprudência pacífica deste Tribunal Superior, desde longa data, sempre foi no sentido de se mostrar abusiva, com base na legislação consumerista, a cláusula restritiva de plano de saúde, ainda que não adaptado, ou seja, contrato antigo (anterior à lei nº 9656/1998), que prevê o não custeio de prótese, órtese ou material diretamente ligado ao procedimento cirúrgico ao qual se submete o consumidor. 5. Agravo interno não provido.*

Dessa forma, correta a sentença ao julgar procedente o pedido, condenando a ré ao custeio integral do tratamento cirúrgico prescrito.

Mantém-se, portanto, a r. sentença por seus próprios e jurídicos fundamentos, negando-se provimento ao recurso de apelação interposto.

Visando evitar oposição de embargos declaratórios para tal finalidade, considera-se prequestionada toda matéria constitucional e infraconstitucional, observado posicionamento do C. STJ segundo o qual prescindível a citação de dispositivos legais que o fundamentam: Já é pacífico nesta e. Corte que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão tenha sido decidida (EDcl no RMS 18205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, T5, j. 18.04.2006).

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO ao recurso.**



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Diante da manutenção do julgado, nos termos do art. 85, § 11, do CPC, majora-se os honorários de sucumbência devidos para o equivalente a 13% do valor da causa atualizado.

Int.

**PAULO GUILHERME AMARAL TOLEDO**

**Relator**