



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000413348

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1056462-85.2022.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelado AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelado/apelante JOÃO DIAS DA VEIGA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte aos recursos. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

HERTHA HELENA DE OLIVEIRA

Relatora

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível 1056462-85.2022.8.26.0002

Apelante/Apelado: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelado/Apelante: João Dias da Veiga

São Paulo

Procedimento Comum Cível

Juiz prolator: Renato Siqueira De Pretto

Voto nº 20064

Ementa: DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA. TRATAMENTO PRESCRITO POR MÉDICO ASSISTENTE. NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS, EQUIPAMENTOS E TERAPIAS. FORNECIMENTO PARCIALMENTE DEVIDO. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL FIXADA. RECURSOS PARCIALMENTE PROVIDOS.

I. CASO EM EXAME

Ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais ajuizada por paciente diagnosticado com Esclerose Lateral Amiotrófica, objetivando o custeio de tratamento e medicamentos indicados por médico assistente. Sentença de parcial procedência que condenou a operadora de plano de saúde ao fornecimento dos itens prescritos pelo perito, sem a necessidade de regime “home care”. Ambas as partes interpuseram recurso: a requerida, para excluir a obrigação de custeio sob alegação de ausência de previsão contratual e de registro dos medicamentos na ANVISA; o autor, para obter a concessão do tratamento em regime de “home care” e a condenação por danos morais.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

Há três questões em discussão: (i) definir se é devida a cobertura, pelo plano de saúde, dos medicamentos e equipamentos prescritos, ainda que não listados no rol da ANS ou com uso “off label”; (ii) determinar se há direito ao tratamento em regime de “home care”; e (iii) verificar a existência de dano moral indenizável decorrente da negativa de cobertura.

III. RAZÕES DE DECIDIR

A negativa de produção de nova prova pericial não configura cerceamento de defesa, cabendo ao juiz a direção do processo e a avaliação da necessidade das provas requeridas.

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, conforme Súmula 608 do STJ, impondo-se interpretação contratual mais favorável ao consumidor e vedação a

cláusulas abusivas (CDC, arts. 47 e 51, IV).

Comprovada a necessidade médica do tratamento por meio de prescrição e perícia, é abusiva a recusa da operadora de plano de saúde, mesmo que o tratamento não esteja incluído no rol da ANS, conforme jurisprudência do STJ (AgRg no Ag 1355252/MG) e Súmulas 90 e 102 do TJSP.

É indevida a cobertura dos medicamentos COENZIMA Q10 e REPOFLOR, por não estarem classificados como de uso hospitalar e poderem ser adquiridos em farmácias, configurando exclusão contratual lícita.

Os medicamentos TUDCA e PHENYLBUTIRATO não possuem registro na ANVISA, o que torna legítima a negativa de custeio, nos termos do Tema 990 do STJ (REsp 1.712.163/SP).

A limitação de sessões terapêuticas é abusiva e contrária à regulamentação da ANS (RN nº 541/2022), sendo vedado ao plano de saúde restringir número de sessões quando não há indicação médica ou pericial nesse sentido.

Configura dano moral a negativa indevida de cobertura médica, por agravar sofrimento de paciente acometido de moléstia grave, sendo adequada a fixação de indenização no valor de R\$10.000,00, à luz da jurisprudência consolidada e dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

IV. DISPOSITIVO E TESE

Recursos parcialmente providos.

Tese de julgamento:

A operadora de plano de saúde não pode recusar tratamento prescrito por médico assistente sob o argumento de ausência no rol da ANS, quando comprovada sua necessidade por laudo pericial.

É legítima a exclusão de cobertura de medicamentos não registrados na ANVISA e de insumos de uso não hospitalar, conforme previsão contratual.

A limitação de sessões terapêuticas, sem respaldo técnico ou médico, é abusiva e contrária à regulamentação da ANS.

A recusa indevida de cobertura médica por plano de saúde configura dano moral indenizável.

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 5º, XXXII; CC, art. 944; CDC, arts. 6º, I, III e VI; 47 e 51, IV; CPC/2015, arts. 370 e 487, I; Lei nº 9.656/98, art. 10; RN ANS nº 541/2022.

Jurisprudência relevante citada: STJ, AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, j. 24.06.2014; STJ, REsp 1.712.163/SP (Tema 990), Rel. Min. Moura Ribeiro, j. 08.11.2018; TJSP, ApCiv 1024072-64.2019.8.26.0100, Rel. Des. Hertha Helena de Oliveira, j. 26.07.2022; TJSP, ApCiv 1028845-47.2018.8.26.0405, Rel. Des. Rosangela Telles, j. 08.05.2020; TJSP, ApCiv 1001653-49.2022.8.26.0228, Rel. Des. Donegá Morandini, j. 29.08.2023.

Tratam-se de recursos interpostos contra a r. sentença de fls. 339/344, que, em ação de obrigação de fazer c.c.

danos morais, julgou parcialmente procedente a demanda, nos seguintes termos:

"Pelo exposto, com supedâneo no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos deduzidos na exordial, com o fito de condenar a requerida ao fornecimento do tratamento e dos medicamentos indicados pelo perito às fls. 285/286, sem necessidade de home care, confirmando, neste ponto, a tutela de urgência concedida às fls. 44/45. Sucumbente principal, mormente à luz do princípio da causalidade, arcará a ré com o pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios do patrono da parte contrária, os quais fixo em 10% sobre o valor atualizado da causa (CPC, art. 85, § 2º)".

Insurge-se a requerida sustentando, em síntese, que os planos de saúde só estão obrigados a fornecer os tratamentos previstos no rol da ANS. Assevera que o rol da ANS é taxativo. Afirma que o tratamento buscado não possui registro na Anvisa. Alega a limitações de sessões não seria abusiva. Aduz, ainda, que os medicamentos recomendados, assim como os equipamentos, incluindo o suporte ventilatório, não estariam cobertos contratualmente. Afirma, por fim, que o reembolso das despesas com clínica não pertencente à rede credenciada deve ocorrer dentro dos limites estabelecidos contratualmente. Requer a reforma da r. sentença para que o pedido seja julgado improcedente.

Recorre, ainda, o requerente alegando,

preliminarmente, o cerceamento de defesa, pois o D. Juízo de primeiro grau, ao indeferir a apresentação de quesitos suplementares, teria impedido o esclarecimento, nos autos, de como se dá a progressão de sua doença. No mérito, sustenta, em síntese, a prescrição médica do tratamento "home care" estaria correta, assim como a indicação dos remédios TUDCA e PHENYLBUTIRATO, a qual não teria sido analisada pelo perito. Alega também que a condenação pelos danos morais deve ser provida.

Recursos regularmente processados, com a apresentação de contrarrazões (fls. 404/411 e 412/434).

É o relatório.

De plano, afasto a preliminar de cerceamento de defesa arguida pela apelante.

É poder discricionário do magistrado a realização de provas necessárias e pertinentes à elucidação dos fatos controvertidos, assim não se acha obrigado o juiz a determinar a produção de outras provas, que somente a fará se entender necessárias à formação de sua convicção.

Neste sentido, *"Cabe ao juiz decidir quais as provas pertinentes ao deslinde da controvérsia e quais devem ser indeferidas, por desnecessárias, não constituindo cerceamento de defesa a negativa de nova perícia, considerada desnecessária pelo magistrado. A lei processual o autoriza, mas não lhe impõe, como diretor do processo, determinar a realização de nova prova técnica"* (**REsp. nº 331.084 - MG, 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, v. un., Rei. Min. Castro Filho, em 21/10/03, DJ de 10/11/03, pág. 185**).

No mérito, os recursos comportam parcial provimento.

Ressalte-se, desde logo, que o contrato celebrado entre as partes se submete às regras da Lei nº 8.078/90, consoante o disposto na Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, a saber:

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

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47), caracterizando-se abusivas aquelas que o coloquem em desvantagem exagerada ou que sejam incompatíveis com a boa-fé e a equidade (art. 51, IV).

Compulsando os autos, verifica-se que o autor foi diagnosticado com Esclerose Lateral Amiotrófica.

Nesse passo, da análise dos autos, especialmente do laudo pericial (fls. 276/289), observa-se que o perito concluiu que:

"(i) "se a parte autora necessita do atendimento dos profissionais elencados na inicial e, em caso positivo, se necessita do referido tratamento em regime home care": 1. Sob o aspecto médico, o Sr. JOÃO DIAS DA VEIGA necessita de: Fisioterapia 03 vezes por semana. Fonoterapia 01 vez por semana. Terapia Ocupacional 02 vezes por semana. Consulta nutricional 01 vez por mês. Acupuntura 01 vez por semana. Atendimento de enfermagem para aplicação injetável de metilcobalamina 02 vezes por semana."

Consulta com neurologista 01 vez a cada 3 meses. 2. Não foi evidenciada condição clínica atual que represente impedimento quanto ao deslocamento do Sr. JOÃO DIAS DA VEIGA para realização das terapias e consultas listadas no item anterior fora do domicílio e em caráter ambulatorial. 3. Sob o aspecto médico, neste momento, os cuidados diários e de rotina para deslocamento, alimentação, higiene e troca de vestuário podem ser realizados com auxílio de Cuidador(a) tanto no período diurno quanto no período noturno. 4. Para uso domiciliar o Requerente necessita dos equipamentos BIPAP e Cough Assist e da dieta líquida Nutrison Energy Fiber.

(ii) "se a parte autora necessita dos medicamentos, insumos, dieta e equipamentos indicados na exordial" Os equipamentos BIPAP e Cough Assist Machine. Os medicamentos abaixo: 1 (#) METIOCOBALAMINA 50MG/2ML- AMP 2ML administrar 1 amp, Via IM, 2x na semana; 2 (#) COENZIMA Q 10 300MG MANIPULADO CAPS administrar 1 capsula, Via VO, 2x ao dia; 3 (#) RIBOFLAVINA 300MG CAPS ORAL MANIPULADO administrar 1 capsula, via VO, 1x ao dia; 4 (#) L - SERINA 5G ENV MANIPULADO administrar 1 env, via VO, 2x ao dia; 5 (#) REPOFLOR 200MG/G ENVELOPE 1G administrar 1 env, via VO, 1x ao dia" (fls. 285/286).

A requerida fundamenta sua negativa sob o argumento de que o contrato firmado não prevê cobertura para os medicamentos e materiais solicitados, por não se enquadrarem no rol de cobertura mínima da ANS e se tratar de tratamento fora dos requisitos da DUT (Diretriz de Utilização da ANS).

No caso em análise, restou demonstrada a necessidade do tratamento indicado, nos termos do laudo pericial e havendo prescrição médica, configura-se a ilicitude da negativa de cobertura do plano de saúde, como ocorre na presente situação.

Nessa esteira, não pode prevalecer a recusa da apelante, porquanto compete ao médico indicar o tratamento mais adequado e eficiente ao seu paciente. Havendo cobertura para a patologia, o tratamento deve ser fornecido.

Já se manifestou o E. Superior Tribunal de Justiça neste sentido:

"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, j. em 24.06.2014 pela 4ª- T.)"

A operadora de saúde deve fornecer o aparelho BIPAP, mormente, porque o paciente necessita dele para respirar, assim como, necessita da sonda enteral para se alimentar e receber medicação.

Nesse sentido:

CONTRATO – Prestação de serviços – Plano de saúde – Código de Defesa do Consumir – Aplicação – Autora, curatelada, diagnosticada com quadro grave de demência em estágio avançado, acamada, com uso contínuo de fraldas, alimentação via sonda GTT

*(alocada na barriga) – Expressa indicação médica de aparelho BIPAP para apneia do sono – Negativa de cobertura – Inadmissibilidade – Inclusão, na apólice, de tratamento para a moléstia, devendo toda e qualquer medida tendente a minimizá-la ou eliminá-la ser coberta – Inteligência das Súmulas nº 90 e nº 102, deste Tribunal – Dano material – Cabimento - Dano moral – Reconhecimento – Imposição de R\$10.000,00 (dez mil reais), cujo montante é apto a atender à dupla função do instituto indenizatório – Recurso provido. (TJSP; **Apelação Cível 1000005-89.2021.8.26.0512;** **Relator (a): Alvaro Passos; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Rio Grande da Serra - Vara Única; Data do Julgamento: 18/05/2022; Data de Registro: 19/05/2022);***

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. Apelada portadora ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica. Custeio de HOME CARE, fornecimento de aparelhos BIPAP e COUGH ASSIST e reembolso das despesas incorridas na aquisição de cama conforto e elevador. Indenização por danos morais. Procedência parcial. Inconformismo das partes. HOME CARE. Contrato que se submete às disposições do CDC. Abusividade da cláusula contratual que exclui o fornecimento de serviço home care. Precedente do C. STJ. Inteligência da Súmula 90 do TJSP. Necessidade de tratamento domiciliar. Prescrição do médico assistente, a quem compete direcionar o tratamento, com exclusividade, sem ingerência da operadora de saúde. Perícia

*médica. Confirmação de que a internação domiciliar atende, de modo satisfatório, às necessidades da paciente. Inexistência de motivo idôneo para a negativa de cobertura. Condenação mantida. DANOS MORAIS. Ocorrência. A grave doença já traz em si uma carga negativa ao paciente. Majorar essa dor com a angústia da negativa do tratamento é negar o objeto social da empresa criada com o escopo de prestar atendimento aos contratantes. Dupla função da indenização: reparatória e punitiva. Indenização arbitrada em primeiro grau (R\$ 7.000,00) que se revela adequada e consonante com os valores fixados por esta C. Câmara. BIPAP E COUGH ASSIST. Evolução da doença que pode atingir os músculos respiratórios. Necessidade de suporte ventilatório para respiração noturna. Imposição de fornecimento de BIPAP, conforme prescrição médica. Cough assist não requisitado, tampouco justificado pela médica fisiatra. Prescindibilidade apontada pela perita. REEMBOLSO. Inexigibilidade. Desnecessidade do elevador, ao qual a autora não teria acesso nem mesmo em internação hospitalar. Item supérfluo. Cama conforto. Ausência de elementos capazes de atestar sua necessidade. Prescindibilidade confirmada pela perícia. SUCUMBÊNCIA. Majoração dos honorários advocatícios devidos pela ré aos patronos da autora, segundo as disposições do art. 85, §11, do CPC/2015. RECURSO DA RÉ NÃO PROVIDO. PROVIDO PARCIALMENTE O RECURSO ADESIVO DA AUTORA. **(TJSP; Apelação Cível 1028845-47.2018.8.26.0405; Relator (a): Rosangela Telles; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Osasco - 7ª***

**Vara Cível; Data do Julgamento: 08/05/2020;
Data de Registro: 08/05/2020).**

No tocante aos medicamentos METILCOBALAMINA (modalidade de vitamina B12), L-SERINA (aminoácido), Riboflavina (modalidade de vitamina B2) **seu fornecimento é devido**, pois tais fármacos encontram-se discriminados na Instrução Normativa da ANVISA de 28/07/2018, a qual define lista de constituintes autorizados para uso em suplementos alimentares (anexo I)¹, legitimando sua utilização. E se assim acontece, as operadoras de plano de saúde, por interpretação transversa do recurso especial repetitivo nº 1.712.163, estão obrigadas a fornecê-lo, não podendo a seguradora furtar-se ao fornecimento, em conjunto, com o tratamento HOME CARE.²

A propósito:

PLANO DE SAÚDE – Segurado portador de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) – Prescrição de tratamento HOME CARE – Cobertura devida – Expressa indicação médica – Aplicação da Súmula 90 deste Tribunal de Justiça – Entendimento consolidado do STJ – Exclusão de medicamentos rotineiros e dos insumos domiciliares – Legitimidade – Obrigatoriedade que abrange apenas materiais de uso hospitalar – Inteligência do art. 10, inciso VI, da lei 9.656/98 – Precedentes do Colegiado – Fármacos "METILCOBALAMINA" e "L-SERINA" – Cobertura devida, ainda que a bula do medicamento não tenha indicação específica para a patologia (utilização OFF LABEL) – Obrigação que deriva do objeto precípua do

¹ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/int0028_26_07_2018.pdf

² STJ; Recurso Especial Repetitivo nº 1.712.163 – "As operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela ANVISA."

*contrato formalizado entre as partes – Observância do princípio da boa-fé contratual – Negativas ilícitas de cobertura (HOME CARE e fármacos) – Dano moral configurado – Segurado falecido após a sentença e apresentação de razões recursais – Transmissibilidade aos herdeiros em função da natureza patrimonial – Aplicação da Súmula 642 do STJ – Sentença parcialmente reformada – Apelos parcialmente providos. (TJSP; **Apelação Cível 1024072-64.2019.8.26.0100; Relator (a): Hertha Helena de Oliveira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 31ª Vara Cível; Data do Julgamento: 26/07/2022; Data de Registro: 26/07/2022).***

Por outro lado, no tocante aos insumos COENZIMA Q 10 e REPOFLOR 200MG/G ENVELOPE 1G não há obrigatoriedade de fornecimento.

Isso porque, embora o agravado necessite de tais insumos, não se vislumbra obrigatoriedade legal da seguradora em custeá-los, principalmente, porque não são exclusivamente de uso hospitalar, e sim, de uso doméstico. E se esta é sua utilização, lícita é a exclusão de cobertura estipulada pelo plano de saúde, até porque, os insumos podem ser adquiridos em farmácia.

Ademais, conforme observado pelo *expert*, os medicamentos ácido tauroursodesoxicólico (TUDCA) e fenilbutirato, não possuem registro na Anvisa.

O C. STJ em sede de Recurso Repetitivo - Tema 990, no julgamento do REsp nº 1.712.163/SP, firmou a tese no sentido de que as operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer

medicamento não registrado pela ANVISA:

RECURSO ESPECIAL. RITO DOS RECURSOS ESPECIAIS REPETITIVOS. PLANO DE SAÚDE. CONTROVÉRSIA ACERCA DA OBRIGATORIEDADE DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO REGISTRADO PELA ANVISA. 1. Para efeitos do art. 1.040 do NCP: 1.1. As operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. 2. Aplicação ao caso concreto: 2.1. Não há ofensa ao art. 535 do CPC/73 quando o Tribunal de origem enfrenta todas as questões postas, não havendo no acórdão recorrido omissão, contradição ou obscuridade. 2.2. É legítima a recusa da operadora de plano de saúde em custear medicamento importado, não nacionalizado, sem o devido registro pela ANVISA, em atenção ao disposto no art. 10, V, da Lei nº 9.656/98, sob pena de afronta aos arts. 66 da Lei nº 6.360/76 e 10, V, da Lei nº 6.437/76. Incidência da Recomendação nº 31/2010 do CNJ e dos Enunciados nº 6 e 26, ambos da I Jornada de Direito da Saúde, respectivamente, A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; e, É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental. 2.3. Porém, após o registro pela ANVISA, a operadora de plano de saúde não pode recusar o custeio do tratamento com o fármaco indicado pelo

médico responsável pelo beneficiário.2.4. Em virtude da parcial reforma do acórdão recorrido, com a redistribuição dos ônus da sucumbência, está prejudicado o recurso especial manejado por ONDINA. 3. Recurso especial interposto pela AMIL parcialmente provido. Recurso especial manejado por ONDINA prejudicado. Acórdão sujeito ao regime do art. 1.040 do NCPC.(REsp n. 1.712.163/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 26/11/2018.)

Portanto, a requerida deve fornecer ao autor o adequado tratamento médico indicado, na quantidade e sessões descritas pelo *expert*, sem necessidade de internação em regime de *home care*, bem como conceder ao paciente os medicamentos indispensáveis ao seu tratamento médico, indicados pelo perito às fls. 285/286, com exceção à COENZIMA Q 10 e REPOFLOR 200MG/G ENVELOPE 1G.

Com relação à limitação das sessões, a questão está superada ante a regulamentação pela própria ANS, que estabeleceu a impossibilidade das operadoras de planos de saúde limitarem as sessões de tratamento para pacientes, proibindo a limitação das sessões de terapias. (RN 541/2022).

No mais, se o médico assistente e o perito não limitaram o número de sessões (duração e frequência), inclusive, porque sua interrupção poderá gerar sérios prejuízos, não pode o plano de saúde (ou seus profissionais), escolher ou limitar as indicações médicas, eivando de nulidade, a cláusula que assim estabelece (art. 51, inciso IV, do CDC).

Salienta-se, limitação do número de sessões terapêuticas, denotaria abusividade, violando-se, ademais, os direitos básicos do consumidor, bem como a essência do contrato de saúde.

Por fim, a negativa da requerida no fornecimento do tratamento indicado pelo médico prolongou as dores e os incômodos causados por sua moléstia, imputando a autora sofrimento desnecessário, que foge à classificação do mero dissabor, ou até mesmo, do corriqueiro inadimplemento contratual. Isto porque estamos tratando da vida humana, e a negativa quanto ao atendimento médico que garante a manutenção da própria vida, ultrapassa em muito o mero dissabor. O dano moral é evidente.

Ademais, na concepção moderna da teoria da reparação do dano moral prevalece, como ensina o sempre autorizado Mestre CARLOS ALBERTO BITTAR, *"a orientação de que a responsabilização do agente se opera por força do simples fato da violação. Com isso, verificado o evento danoso, surge "ipso facto", a necessidade de reparação, uma vez presentes os pressupostos de direito. Dessa ponderação emergem duas consequências práticas de extraordinária repercussão em favor do lesado: uma é a dispensa da análise da subjetividade do agente; outra, a desnecessidade de prova do prejuízo em concreto."* (in *Reparação Civil por Danos Morais*, RT, 1994, p. 202).

Na determinação da reparação devida há fatores que devem ser considerados. A este respeito ensina CARLOS ALBERTO BITTAR: *"Há certos fatores que influenciam a determinação da reparação devida, identificados e discutidos na doutrina e, por vezes, incluídos em textos legais. Inserem-se neste contexto, fatores subjetivos e objetivos, relacionados às pessoas envolvidas, que na prática acabam influenciando no espírito do julgador, a saber, de um lado, a análise do grau de culpa do lesante e a eventual participação do lesado na produção do efeito danoso, e de outro, a situação patrimonial e pessoal das partes e a proporcionalidade ao proveito*

obtido com o ilícito." (obra citada, p. 209).

Nesta toada, observadas todas as circunstâncias do presente caso, entendo que a fixação de indenização por danos morais no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais) confere justo equacionamento ao litígio, tendo em vista os parâmetros adotados por esta Corte de Justiça, em casos análogos:

OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PLANO DE SAÚDE – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA, QUE CONDENOU O PLANO DE SAÚDE RÉU A CUSTEAR O TRATAMENTO DO AUTOR, PORTADOR DE ESCLEROSE MÚLTIPLA, SOB O USO DO MEDICAMENTO OCRELIZUMAB, BEM COMO, AO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS NO VALOR DE R\$10.000,00 – INSURGÊNCIA DO AUTOR, PELA MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO – INSURGÊNCIA DO PLANO RÉU, PELO AFASTAMENTO DA CONDENAÇÃO AOS DANOS MORAIS, ASSIM COMO, AO FORNECIMENTO DO TRATAMENTO, VEZ QUE A NEGATIVA SE DEU BASEADA NO ROL DA ANS – DESCABIMENTO – OBSERVÂNCIA SÚMULA 102 TJSP – TRATAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL, QUE DETÉM O CONHECIMENTO TÉCNICO E CIENTÍFICO PARA DETERMINAR O MÉTODO MAIS ADEQUADO – ADMITIR ABSOLUTA VINCULAÇÃO ÀS DIRETRIZES DA ANS SIGNIFICARIA PRIVAR OS BENEFICIÁRIOS DE TODOS OS AVANÇOS DA CIÊNCIA MÉDICA, O QUE ESVAZIARIA O CONTEÚDO DO CONTRATO FIRMADO – É DE RIGOR A PREVALÊNCIA DA INDICAÇÃO MÉDICA PARA

*IDENTIFICAR QUAL O TRATAMENTO MAIS APROPRIADO PARA COMBATER A PATOLOGIA EM QUESTÃO – DANO MORAL FIXADO NO PATAMAR JUSTO E EQUÂNIME, ATENDENDO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE, BEM COMO, AO CARÁTER REPARATÓRIO E PUNITIVO DA CONDENAÇÃO – QUANTIA COSTUMEIRAMENTE ARBITRADA POR ESTA E. CORTE, EM CASOS ANÁLOGOS AO PRESENTE, REFERENTES À NEGATIVA DE COBERTURA DO MESMO MEDICAMENTO – RECURSOS DESPROVIDOS – SENTENÇA MANTIDA. (TJSP; **Apelação Cível 1001084-84.2020.8.26.0562; Relator (a): Hertha Helena de Oliveira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 18/08/2020; Data de Registro: 19/08/2020**);*

*Plano de saúde – Negativa de cobertura de tratamento de esclerose múltipla (ocrelizumab) – Operadora obrigada a cobertura de tratamento indicado por médico assistente – Súmula 102 do TJSP – Precedentes da 1ª Subseção de Direito Privado relativamente ao tratamento pretendido – Recusa injustificada a medicamento para doença grave – Ofensa à integridade psicofísica da beneficiária – Dano moral configurado – Reparação de R\$10.000,00 – Apelação da operadora improvido – Recurso Adesivo da beneficiária provido. (TJSP; **Apelação Cível 1038720-86.2018.8.26.0002; Relator (a): Luiz Antonio Costa; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro***

Assim, de rigor a alteração da r. sentença para afastar a obrigatoriedade de fornecimento da COENZIMA Q 10 e REPOFLOR 200MG/G ENVELOPE 1G, bem como para condenar a requerida de indenização por danos morais no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais).

Previno às partes que a interposição de embargos de declaração contra esta decisão poderá acarretar sua condenação à penalidade fixada no artigo 1.026, §2º do CPC, caso sejam declarados manifestamente inadmissíveis, protelatórios ou improcedentes.

De qualquer modo, para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida. (EDROMS 18205/SP, Ministro FELIX FISCHER, DJ 08.05.2006).

Por todo o exposto, por meu voto, **DOU PARCIAL PROVIMENTO** aos recursos, nos termos da fundamentação, mantidas as verbas de sucumbência tal como fixadas na r. sentença.

HERTHA HELENA DE OLIVEIRA

Relatora

Assinatura Eletrônica