



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000444236

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1002871-12.2024.8.26.0562, da Comarca de Santos, em que é apelante CASSI - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL, são apelados DANIELA ELLWANGER PANDINI CARDOSO (MENOR) e BIANCA BENETTI ELLWANGER CARDOSO (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª 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 ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 7 de maio de 2025.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Comarca: Santos

Apelação n. 1002871-12.2024.8.26.0562

Apelante: CASSI - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONARIOS DO BANCO DO BRASIL

Apelados: D. E. P. C (menor representada) e outro

Voto n. 12640

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. CONTRATOS. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame. Ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência. A autora, beneficiária do plano de saúde da ré, necessita de cirurgia devido a condições congênitas. A ré negou a autorização para compra de distratores necessários, alegando diferença de preço entre fornecedores. A sentença de procedência confirmou a tutela de urgência para obrigar a ré a autorizar o procedimento cirúrgico. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em (i) cerceamento de defesa devido ao indeferimento de prova médica pericial e (ii) validade das cláusulas contratuais e do rol da ANS que não abona o custeio do tratamento. III. Razões de Decidir 3. Não há cerceamento de defesa, pois o magistrado é o destinatário das provas e pode indeferir as que considerar inúteis ou protelatórias. 4. A alegação de não aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde de autogestão é válida, mas normas civis que regulam contratos de adesão se aplicam, especialmente quando há cláusulas ambíguas. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. Não há cerceamento de defesa quando o magistrado está convencido da verdade dos fatos por outros meios. 2. Planos de saúde de autogestão não estão sujeitos ao Código de Defesa do Consumidor, mas devem seguir normas civis de contratos de adesão. Legislação Citada: Código Civil, art. 423. Código de Processo Civil, art. 300, art. 85, § 11. Jurisprudência Citada: STJ, REsp 469.557/MT, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, j. 06.05.2010. STJ, REsp 1.285.483/PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. 22.06.2016. STJ, AgInt no AREsp n. 1.900.043/RJ, Rel. Min. Humberto Martins, Terceira Turma, j. 27.11.2023.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto para impugnar a sentença de fls. 268/274, cujo relatório adoto, que julgou procedente o pedido inicial, confirmando a tutela de urgência concedida.

Segundo a apelante-ré a sentença merece ser reformada, em síntese, alegando, preliminarmente, cerceamento de defesa em razão do indeferimento da produção de prova médica pericial e, no mérito, sustentando que o procedimento cirúrgico não possui pertinência técnica, sendo válidas as cláusulas contratuais e o rol da ANS que não abonam o custeio do

tratamento. Postula, por fim, a nulidade ou reforma da sentença prolatada (277/295).

Recurso tempestivo, devidamente preparado, e com apresentação de contrarrazões pelos apelados (fls. 336/344).

Sobreveio parecer da Procuradoria de Justiça, pelo não provimento do recurso (fls. 361/367).

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso não merece ser provido.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência ajuizada por *D. E. P.C.*, devidamente representada por sua genitora *B. B. E. C.*, em face de CASSI-CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL. Alega a parte autora, em síntese, que nasceu com microssomia crânio maxilo facial e microtia, condições congênitas. É beneficiária do plano de saúde da ré desde 09/06/2010. Devido à essa condição, necessitou realizar diversos procedimentos cirúrgicos. Avaliada, foi constatada a necessidade de uso de distratores, no entanto, às vésperas da cirurgia, o médico informou que não haviam sido liberados. O hospital solicitou a empresa indicada pelo plano requerido o fornecimento dos distratores, entretanto foram informados de que a mesma não tem o equipamento que foi apresentado em cotação, pois o produto é importado, e não possuíam qualquer previsão de data para recebimento dos distratores. Em 27/11/2023, o médico lhe informou que apenas a empresa Biomax possui os distratores necessários ao caso específico. Porém, a ré não autoriza a compra, com o argumento de que a diferença de preço entre as empresas é muito grande. Alega que os equipamentos custam em torno de R\$250.000,00. Em 16 de janeiro de 2024, ocorreu a expiração da senha de autorização aberta em julho de 2023, fazendo com que tudo o que foi conseguido até o momento fosse perdido, sendo necessário reiniciar o processo. Pede a concessão da liminar, uma vez que a cirurgia é indispensável para o seu desenvolvimento, bem como a conduta da parte ré é abusiva.

Manifestou-se a ré quanto a não urgência do procedimento, o custo elevado dos materiais e a necessidade de perícia prévia (fls. 64/70)

A tutela de urgência foi indeferida (91/93).

A ré apresentou contestação, pugnando pela improcedência da ação.

Houve novo pedido de liminar (fls. 184/186), seguido de manifestação do Ministério Público (fl. 195) e da ré (fls. 200/210), com reiteração do pedido (fls. 214).

A liminar foi deferida (fls. 215/218).

Após o deslinde processual, sobreveio sentença de procedência, confirmando a tutela de urgência, nos seguintes termos: *“Ante o exposto, presentes os requisitos do artigo 300 do CPC, DEFIRO A TUTELA DE URGÊNCIA para obrigar a ré a autorizar a realização do procedimento cirúrgico nos exatos termos prescritos no relatório médico de fls. 187/188, disponibilizando todos os materiais solicitados pelo médico responsável, devendo emitir guia ou documento que o valha para que se realize, no prazo de cinco dias corridos (úteis ou não) contados da intimação da presente decisão, sob pena de multa no valor de R\$500,00 por dia de atraso, até o limite de R\$25.000,00.”.*

Inconformada, a parte ré interpôs o recurso de apelação.

Pois bem.

Preliminarmente, não vislumbro nos autos hipótese de cerceamento de defesa, uma vez que o magistrado é o destinatário das provas, cabendo-lhe determinar a produção daquelas consideradas necessárias e indeferir as que entenda serem inúteis ou protelatórias a fim de formar o seu convencimento motivado.

Nesse sentido, diante da ausência de necessidade de produção de outras provas, o ilustre magistrado sentenciante entendeu pela pertinência do julgamento antecipado do feito, não havendo que se falar em qualquer prejuízo aos litigantes.

No mais, o STJ estabeleceu que *“não cabe compelir o magistrado a autorizar a produção desta ou daquela prova, se por outros meios estiver convencido da verdade dos fatos. Isso decorre da circunstância de ser o juiz o destinatário final da prova, a quem cabe a análise da conveniência e necessidade da sua produção”* (STJ. REsp 469.557/MT, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 06/05/2010, DJe 24/05/2010).

Ainda, sabe-se que é legítima a antecipação do julgamento, quando o convencimento do magistrado estiver devidamente embasado.

Nesses termos,

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. ALEGAÇÃO DE CERCEAMENTO DE DEFESA. IMPROCEDENCIA. Julgamento antecipado da lide. A antecipação é legítima se os aspectos decisivos da causa estão suficientemente líquidos para embasar o convencimento do magistrado, e, por isso, não há necessidade de produção de provas em audiência. Violação ao princípio da ampla defesa. Inexistência. Agravo regimental improvido. (AI 143608 / SP - SÃO PAULO; AG.REG.NO AGRAVO DE INSTRUMENTO; Relator(a): Min. MAURÍCIO CORRÊA; Julgamento: 23/02/1996; Publicação: 03/05/1996; Órgão julgador: Segunda Turma)

Superada a preliminar arguida, passo à análise do

mérito.

No mérito, o recurso não comporta provimento.

Decerto, a alegação de que não se aplica o *Código de Defesa do Consumidor* aos planos de saúde de autogestão, encontra respaldo na Súmula 608 do STJ:

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

É sabido que a proposta fundamental dos modelos de autogestão reside na redução de custos, tendo em vista sua aplicação restrita, geralmente limitada aos empregados de determinada empresa ou aos integrantes de uma associação.

Ademais, por não estarem autorizadas a comercializar planos ao público em geral, essas entidades não competem com as operadoras comerciais, não se inserindo, portanto, no mercado em sentido estrito. Em razão dessa particularidade, justifica-se o afastamento das normas de proteção ao consumidor, diante da inexistência de relação de consumo.

Nesse sentido, colaciono julgado do Superior Tribunal de Justiça:

“RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. 1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários. 2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro. 3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo. 4. Recurso especial não provido.” (STJ, REsp 1.285.483/PB, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, Segunda Seção, j. 22/06/2016, DJe 16/08/2016).

Contudo, ainda que não se aplique o Código de Defesa do Consumidor, incidem no presente caso as normas de natureza civil que regulam o contrato de adesão, precipuamente, o artigo 423 do Código Civil, que prevê:

“Quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente.”

Logo, não havendo exclusão da doença pelo plano, não podem ser excluídos todos os procedimentos, medicamentos, tratamentos, produtos e exames necessários à melhora da saúde e à cura, notadamente quando há comprovação de seus benefícios ao paciente.

Ainda, ao caso *sub judice*, aplicam-se as Súmulas 96 e 102 deste Tribunal:

“Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento.”

“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.”

Destarte, pelo que dos autos consta, a autora apresenta diagnóstico de *microsomia craniofacial, assimetria facial com micrognatia severa*, necessitando se submeter a cirurgia de osteotomia de mandíbula bilateral, com finalidade funcional e não estética (fls. 17/18, 20/21 e 187/190).

A necessidade do mencionado material cirúrgico, negado pela operadora de saúde (fls. 71/72), ou seja, distrator mandibular, com as especificações médicas necessárias para a realização do procedimento médico, foi expressamente prescrita.

Consta, ainda, do referido relatório: *“Na medida em que os anos passam, o desenvolvimento craniofacial evolui com agravação, podendo acarretar, entre outras coisas e caso não seja submetida a tratamento adequado (clínico-cirúrgico, apoio psicológico), aumento da deformidade craniofacial com a presença de dor e dificuldade para mastigação, além de mordida cruzada e quadro de dificuldade respiratória noturna.”*

Desse modo, cabe à operadora do plano, tão somente, estabelecer as doenças a serem cobertas, mas não a sua forma de tratamento, cuja atribuição pertence ao médico responsável.

Igualmente, incumbe ao médico escolhido pelo paciente estabelecer qual o método mais adequado para o tratamento da doença, observando-se que se o beneficiário elegeu tal profissional e nele depositou sua confiança, assim, o que deve prevalecer é a prescrição médica.

No tocante ao rol da ANS, a jurisprudência da Corte Superior estabelece que o rol, embora taxativo, admite exceções.

Nesse sentido:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. CLÁUSULAS RESTRITIVAS. ABUSIVIDADE. MEDICAMENTO COM INDICAÇÃO MÉDICA ESSENCIAL À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. ALTERNATIVA À INTERNAÇÃO. RECUSA INDEVIDA. IMPORTAÇÃO AUTORIZADA PELA ANVISA. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE MITIGADA. 1. O Tribunal de origem manteve a decisão que entendeu ser abusiva a exclusão da

cobertura no caso em que a medicação foi comprovada como essencial e substituta de internação hospitalar. 2. Esta Corte tem decidido que é devida a cobertura de medicamento, o qual, "embora se trata de fármaco importado ainda não registrado pela ANVISA, teve a sua importação excepcionalmente autorizada pela referida Agência Nacional, sendo, pois, de cobertura obrigatória pela operadora de plano de saúde" (REsp n. 1.923.107/SP, Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 10/8/2021, DJe 16/8/2021). 3. A Segunda Seção desta Corte Superior entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não estando as operadoras de saúde obrigadas a cobrir tratamentos não previstos na lista. No entanto, foram fixados parâmetros para que, em situações excepcionais, os planos custeiem procedimentos não previstos na lista, a exemplo de tratamentos com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor, como é o presente caso. Agravo interno improvido." (AgInt no AREsp n. 1.900.043/RJ, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 27/11/2023, DJe de 30/11/2023) (grifei).

Por fim, torna-se irrelevante a discussão acerca de não haver enquadramento nas diretrizes de utilização da ANS ou não constar como obrigatório no rol da agência reguladora, porquanto há expressa indicação médica para o tratamento da parte apelada, circunstância que impõe à apelante o dever de custeio, nos moldes já determinados.

Ante o exposto, a sentença não comporta reparo.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, imponho honorários sucumbenciais e recursais à parte ré, no importe de R\$1.250,00, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, além da responsabilidade pelas custas e despesas processuais. Anoto que os presentes honorários substituem aqueles que foram fixados em primeiro grau de jurisdição.

Posto isso, **nego provimento** ao recurso.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora