



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000367706

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001556-49.2022.8.26.0228, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelado _____.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 5^a 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 JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente sem voto), J.L. MÔNACO DA SILVA E JAMES SIANO.

São Paulo, 14 de abril de 2025.

EMERSON SUMARIVA JÚNIOR
relator
Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº 9244

Apelação nº 1001556-49.2022.8.26.0228

Comarca: São Paulo Foro Regional de Pinheiros

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelada: _____

Juiz(a): Dr(a). Luciana Bassi de Melo

Apelação. Plano de saúde. Ação ordinária. Pretensão de compelir a requerida a custear as cirurgias para tratamento de obesidade mórbida. Sentença de procedência. Recurso da ré. Expressa prescrição médica para realização do procedimento cirúrgico que torna injustificável a negativa manifestada pela requerida. Autor, diagnosticado com obesidade mórbida, que não pode ter negada a realização das cirurgias prescritas pelo médico que o assiste, sob o argumento de não preenchimento de requisitos editados pela ANS. Preenchimento, ademais, dos requisitos descritos na resolução normativa editada pela ANS (DUT nº 27), notadamente o IMC mínimo de 35 Kg/m², tendo como doenças associadas, refluxo gastroesofágico, diabetes, esteatose hepática, lombalgia, tornando-se arbitrária a negativa do custeio pela operadora de plano de saúde. Recurso não provido.

Trata-se de recurso de apelação interposto pela requerida contra a r. sentença de fls. 394/399, cujo relatório adoto, que julgou procedente a ação para condenar a ré a custear integralmente o procedimento cirúrgico para redução de estômago, quais sejam, gastroplastia, gastroenteroanastomose e enteroanastomose, conforme as determinações devidamente prescritas pelo especialista que acompanha o autor

Pela sucumbência, a requerida foi condenada a arcar com o pagamento das custas, despesas e honorários advocatícios, fixados em 10% do valor



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

da causa.

Irresignada, recorre a requerida, postulando a reforma integral da sentença, alegando, em síntese, que o autor não preenche os requisitos previstos pela ANS para a cirurgia bariátrico objeto dos autos. Alega, também, que não pode ser compelido a promover o reembolso integral de procedimentos realizados fora da rede credenciada.

Recurso tempestivo e preparado.

Contrarrazões as fls. 417/436.

É o relatório.

Cuida-se de ação ordinária em que o autor, portador de obesidade mórbida, necessita realizar cirurgias bariátricas, as quais foram recusadas indevidamente pela ré. Por isso, requer seja a operadora de saúde requerida compelida a autorizar e custear a realização das cirurgias descritas nos autos.

Contestação de fls. 149/157.

Encerrada a instrução processual, sobreveio julgamento de procedência da ação.

Pois bem.

Há que se considerar que pela celebração do seguro de assistência médica e hospitalar, as partes se envolveram em típica relação de consumo, “ex vi” do que preceituam os artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor.

Tendo as partes, portanto, celebrado contrato com previsão de cobertura de despesas relativas à assistência médico-hospitalar, sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, não poderia a empresa requerente negar ao autor, diagnosticado com obesidade mórbida, a realização de cirurgias bariátricas prescritas pelo médico que o assiste, sob o argumento de não preenchimento de requisitos editados pela ANS.

Isso porque, cabe ao médico que acompanha o paciente, e não ao plano de saúde, determinar qual o tratamento utilizado para a solução da moléstia, de modo que, havendo prescrição médica e sendo a moléstia abrangida pelo contrato, a recusa da ré é ilegal.

A corroborar o acerto da decisão, confira-se a Súmula nº 102,

editada pela Seção de Direito Privado deste Egrégio Tribunal de Justiça:

Apelação Cível nº 1001556-49.2022.8.26.0228 - Voto 9244 - R



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

“Súmula 102. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento de sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”

Com efeito, a recusa de custeio revela-se abusiva, pois a cláusula restritiva em questão ofende o princípio da razoabilidade, caracterizando, assim, a abusividade descrita pelo art. 51, IV e §1º do CDC e 424 do CC, por instituir uma desvantagem exagerada ao consumidor que aderiu ao contrato de plano de saúde que é de adesão.

Acrescenta-se ainda que há ofensa à boa-fé e a equidade, não cabendo ao plano de saúde a escolha dos tratamentos, exames e medicamentos necessários na busca da cura de doença coberta pelo plano de saúde.

Não subsiste, ainda, a alegação de que o contrato alcança apenas aquilo que a ANS prevê, tendo em vista que as resoluções das agências reguladoras, como a ANS, por exemplo, não podem se sobrepor a lei vigente, em especial ao Código de Defesa do Consumidor, este aplicável aos contratos de seguro saúde.

O art. 10 da Lei nº 9.656/98 não deve ser interpretado, por força das regras igualmente aplicáveis de defesa do consumidor, na forma pretendida pela operadora, como se constituísse teto de cobertura, quando na realidade sua função é proteger o consumidor quanto ao mínimo que os contratos devem assegurar em termos de atendimento.

Ademais, o autor comprova, pelos relatórios médicos de fls. 23/28, ter preenchido os requisitos descritos na resolução normativa, notadamente o IMC mínimo de 35 Kg/m², tendo como doenças associadas: refluxo gastroesofágico, diabetes, esteatose hepática, lombalgia, tornando-se arbitrária a negativa do custeio pela operadora de plano de saúde.

Nesse sentido, tem-se o seguinte julgado desta Egrégia Corte:

“PLANO DE SAÚDE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO
– NEGATIVA DE COBERTURA –



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Necessidade de a autora em ser submetida à cirurgia – Negativa de cobertura sob a justificativa de que a autora não preencheria as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS (DUT nº 27), por não ter comprovado prévio tratamento clínico conservador ao menos por dois anos - Exigência que não se justifica - Não pode a resolução da ANS e nem a operadora do plano de saúde se sobrepor ao especialista e negar a cobertura, ainda que não tenha sido cumprido o prévio tratamento clínico pelo período de dois anos - Cabe apenas ao profissional especialista avaliar a necessidade ou não do procedimento – Preenchimento, ademais, dos requisitos descritos na resolução normativa, notadamente o IMC mínimo de 35 Kg/m² (autora possui IMC = 47 Kg/m²), tendo como doenças associadas, como refluxo gastroesofágico, hérnia lombar, apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial, alterações osteomusculares e doença coronariana - Dano moral configurado, ante a negativa injustificada de cobertura à necessária cirurgia para obstar as complicações decorrentes do excesso de peso e de outras tantas comorbidades que acompanham a obesidade em grau severo, caso da autora - Indenização fixada em R\$ 10.000,00 – Valor razoável para recompor o dano e a reprimir o ato - Sentença reformada para compelir a ré a custear o procedimento cirúrgico consoante especificação médica e para condenar a ré ao pagamento da indenização por danos morais - Ônus da sucumbência a cargo da ré - RECURSO PROVIDO.” (TJSP; Apelação Cível 1025518-77.2021.8.26.0506; Relator (a): Angela Moreno Pacheco de Rezende Lopes; Órgão Julgador: 10^a Câmara de Direito Privado; Foro de Ribeirão Preto - 2^a Vara Cível; Data do Julgamento: 11/08/2023; Data de Registro: 11/08/2023).

Por outro lado, à míngua de comprovação de que a empresa requerida disponibilizou em sua rede credenciada profissionais para a realização do procedimento cirúrgico objeto da ação, deve a requerida custear integralmente o

tratamento de saúde realizado pelos profissionais indicados pela autora.

Por fim, é necessário majorar os honorários de sucumbência, Apelação Cível nº 1001556-49.2022.8.26.0228 - Voto 9244 – R



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

por força do artigo 85, § 11, do CPC, para o montante equivalente a 15% do valor atualizado da causa.

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

EMERSON SUMARIVA JÚNIOR
Relator